A CONSTRUÇÃO DA VIVÊNCIA MÉDICA

Aprendizados e reflexões de estudantes de medicina

ORGANIZADORES

EDUARDO FERREIRA ARBACHE
FABIANO HENRIQUE RODRIGUES SOARES
TÂNIA MARIA DA SILVA MENDONÇA

Editora Poisson

Eduardo Ferreira Arbache
Fabiano Henrique Rodrigues Soares
Tânia Maria da Silva Mendonça
(Organizadores)

A construção da vivência médica: aprendizados e reflexões de estudantes de medicina

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A111
A construção da vivência médica: Aprendizados e reflexões de estudantes de medicina/ Organização: Eduardo Ferreira Arbache, Fabiano Henrique Rodrigues Soares, Tânia Maria da Silva Mendonça
Editora Poisson- Belo Horizonte - MG: Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-447-5
DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. ARBACHE, Eduardo Ferreira II. SOARES, Fabiano Henrique Rodrigues III. MENDONÇA, Tânia Maria da Silva IV. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Organizadores

Eduardo Ferreira Arbache

Atualmente é discente em medicina na Universidade Federal de Uberlândia. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em infectologia.

Fabiano Henrique Rodrigues Soares

Possui Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com estágio na School of Kinesiology, Physical Education and Athletic Training, College of Education and Human Development na University of Maine/EUA (1997). Especialista em Nutrição Esportiva para o Fitness e o Alto-Rendimento pelo Centro Universitário de Volta Redonda/UNIFOA (2004). Mestre em Ciências da Saúde (2013) e Doutor em Ciências da Saúde (2019) pela UFRN. Tem experiência profissional na área de Educação Física, com ênfase em Treinamento Resistido, Avaliação Física e Funcional, Prescrição de Exercício para Saúde e Condicionamento Físico. Atualmente é docente e coordenador do Departamento de Ética e Humanidades em Saúde da FAMED/UFU. Coordena componentes curriculares do eixo reflexivo sobre bioética, relação médico-paciente, história da medicina e humanidades em medicina no Curso de Graduação em Medicina e no Curso de Graduação em Nutrição, ambos da UFU.

Tânia Maria da Silva Mendonça

Possui graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo (1997), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (2006) e doutorado em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Atualmente é professora do Eixo Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formadoras do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e pesquisadora de Qualidade de Vida em Doenças Crônicas. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, atuando principalmente nos seguintes temas: Pesquisa Qualitativa em Saúde (métodos mistos), Educação em Saúde, Qualidade de Vida em doenças crônicas, Pilates, Bioestatística Avançada, PROMIS-Brasil, SF – 36, Fratura de Quadril e Validação de instrumentos por meio da Teoria de Resposta ao item, Revisão Sistemática e Metanálise.

Prefácio

Diante do desafio de formar profissionais capacitados para promover a saúde com competência técnica e, acima de tudo, com humanização, nós, alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), compartilhamos livro, algumas de nossas experiências.

Cada capítulo aqui registrado representa a trajetória de um ou dois estudantes da 96ª turma de Medicina da UFU, que se propuseram a compartilhar um pouco do que foi aprendido e vivido, dentro e fora das salas de aula e dos ambientes clínicos. Não se trata apenas de conhecimentos técnicos ou de momentos de estudo exaustivo, mas de uma construção profunda, que envolve contato direto com o ser humano em suas diferentes vulnerabilidades e complexidades.

Essas experiências transcendem o ensino formal da medicina. Elas revelam o lado humano que permeia nossa formação e nos desafiam a ir além do saber científico. Ao nos depararmos com cada paciente, com cada situação, desenvolvemos um olhar mais sensível e atento, que valoriza a pessoa em sua totalidade, seus medos, angústias e esperanças. Cada encontro nos proporciona uma nova maneira de ver o mundo e a medicina, e são essas percepções e aprendizados que desejamos compartilhar com o leitor.

Este livro reflete, portanto, não apenas nosso processo de crescimento profissional, mas também nossa evolução pessoal, marcada por uma constante renovação de perspectivas. Em cada página, é possível perceber o valor do aprendizado que a prática médica nos oferece, lembrando-nos de que a medicina é uma jornada interminável de autoconhecimento e empatia.

Assim, esperamos que este livro inspire tanto futuros profissionais da área da saúde quanto aqueles que desejam compreender mais profundamente a essência da medicina humanizada. Ele é uma celebração de tudo o que a medicina nos ensina e de tudo o que ainda temos a aprender nesta missão de cuidar.

Boa leitura

SUMÁRIO

Capítulo 1: A complexidade da relação médico-paciente: experiências e reflexões na formação médica 11

Maria Júlia Martins Padovani, Maria Eduarda Guedes de Oliveira Léo

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.01

Capítulo 2: Uma visão de uma comunidade escolar sobre os médicos e a medicina . 14

José Antônio Boa Sorte Júnior, Lucas Ferreira de Andrade

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.02

Capítulo 3: Reflexões sobre ética e comportamento em medicina..... 18

Ana Clara Gondim Oliveira, Nattan Afonso Rodrigues Mariano

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.03

Capítulo 4: Impactos da COVID-19 na qualidade do ensino e nas práticas médicas .. 21

Ana Karolina Balduino Mendes, Brenda Kelly de Jesus Santos Penha

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.04

Capítulo 5: Lidando com falhas tecnológicas e humanizando o atendimento: reflexões de uma experiência no ambulatório de pediatria..... 24

Cinthya Alves Ferreira, Eduarda Vilela Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.05

Capítulo 6: A relação médico-paciente em crianças com atraso do desenvolvimento neuropsicomoto 27

Juliana Marques Marra, Laura Aparecida Xavier de Abreu

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.06

Capítulo 7: Desafios éticos e práticos no atendimento de um recém-nascido com sequelas de toxoplasmose e interferência de tratamento alternativo 31

Anna Maria de Senna Migueletto, Eduarda Vilela Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.07

Capítulo 8: Conflitos institucionais e a formação de médicos humanizados..... 34

Nattan Afonso Rodrigues Mariano, Ana Clara Gondim Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: O papel do estudante de medicina dentro do ambiente hospitalar 37

David Bento de Paula, Elis Machado Carbonell Dominguez

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.09

Capítulo 10: Reflexões sobre a importância do pré-natal de qualidade na redução da mortalidade materna e perinatal: um relato de experiência na prática médica..... 39

Cinthya Alves Ferreira, Yasmin Emerick Ebeidalla

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.10

Capítulo 11: De volta à pediatria: lições de confiança e humanidade 42

Beatriz Iolanda de Sene Ferregutti Pinheiro, Nara Conceição Silva Pinto

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.11

Capítulo 12: Desafios éticos e dilemas na construção de uma entrevista médico em uma enfermaria: um relato de experiência 44

Luis Gustavo Freitas Castro

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.12

Capítulo 13: Ecos do passado: a realidade oculta da saúde mental pós-reforma psiquiátrica 48

Júlia Marques Preto

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.13

Capítulo 14: Repensando a educação médica: uma jornada de transformação 52

Júlia Marques Preto

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.14

Capítulo 15: Impasse entre aprendizado e respeito ao paciente 56

Eduardo Ferreira Arbache, Giovanna Rizza Moreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.15

Capítulo 16: A salutogênese no contexto da prática acadêmica..... 58

Eduardo Ferreira Arbache, Giovanna Rizza Moreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.16

SUMÁRIO

Capítulo 17: Cuidado em saúde pública: a expressão da alteridade 61

Giovani Mendola Perobelli

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.17

Capítulo 18: Entre desafios e reflexões: um encontro com a complexidade da puericultura e do autismo na formação médica 64

Laura Caroline Ferreira Borba, Gabriella Louise Constantino Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.18

Capítulo 19: Entre a vida e a morte: reflexões de um encontro clínico na oncologia 68

Laura Caroline Ferreira Borba, Gabriella Louise Constantino Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.19

Capítulo 20: Pediatria: uma narrativa de crescimento compartilhada 72

Anna Clara Pereira Melo, Isabelle Louise Morais Ribeiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.20

Capítulo 21: Comunicação difícil: a primeira prova de fogo no ambulatório 75

Karina Raphaela Pereira de Lima, Kimberlly Cardoso Coutinho Rizza

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.21

Capítulo 22: Nos primeiros passos: desafios e aprendizados do estudante de medicina no atendimento ambulatorial 79

Mariane Rabelo Coelho Fernandes, Moisés Ranay Santos Prado, Olívia David Pacheco de Faria Rodrigues

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.22

Capítulo 23: Ossos de vidro – das vulnerabilidades à violência 82

Luis Flávio Araújo de Oliveira, Paulo Vítor de Castro Vieira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.23

Capítulo 24: O auxílio e ajuda aos enfermos – das vulnerabilidades e necessidades frequentes 85

Luis Flávio Araújo de Oliveira, Paulo Vítor de Castro Vieira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.24

SUMÁRIO

Capítulo 25: Desafios e oportunidades: explorando o Case-Based Learning (CBL) no ensino de medicina 88

Isabelle Louise Morais Ribeiro, Yasmin Emerick Ebeidalla

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.25

Capítulo 26: Aprendendo a exercer a liderança com as aulas de urgência e emergência 90

Bárbara Maria Veríssimo Sabino, Debora Cruvinel Ferreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.26

Capítulo 27: Renascer e despedir: experiências no pronto socorro obstétrico 93

Ana Beatriz Amorim Nunes, Rafaela Pereira Anelvoi

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.27

Capítulo 28: Os desafios do atendimento de crianças surdas: onde a universidade falha? 95

Anna Maria de Senna Migueletto, Iago Resende Carvalho

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.28

Capítulo 29: Tabelando realidades: uma reflexão sobre a experiência de territorialização em saúde coletiva 97

Elisa Santos Pennisi, Fernanda Fernandes Gonçalves Ribeiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.29

Capítulo 30: O processo de aprendizado do estudante de medicina para lidar com situações estressantes 100

Ana Claudia Oliveira Souza, Moisés Ranay Santos Prado

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.30

Capítulo 31: Vivências acadêmicas no curso de medicina: contato com a morte precoce 102

Ana Cláudia Oliveira Souza, Iarin Barbosa de Paula

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.31

Capítulo 32: A cura que vai além da dor física: como uma conversa ajuda a obter resultados melhores na saúde do paciente 104

Brenda Louise Rodrigues Sousa, Gabriel Fellipe Rodrigues Sousa

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.32

SUMÁRIO

Capítulo 33: Turbulências e aprendizados: uma reflexão sobre nossa jornada na faculdade de medicina 106

Isabella Di Rita, Augusto Alessandro de Souza

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.33

Capítulo 34: Vivência transformadora em cuidados paliativos: ética e humanização na formação médica 109

Antônio Augusto Nascimento Araújo, Gabrielle de Ávila Augusto

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.34

Capítulo 35: Reencontrando a chama da medicina: uma jornada de aprendizado através da escuta ativa e da empatia no cuidado à gestante 111

Eduardo Carneiro Fabricio de Souza, Giovani Mendola Perobelli

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.35

Capítulo 36: "A vida quer viver": reflexões sobre a morte e o nascimento na trajetória de uma médica em formação 114

Lísia Pires Moreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.36

Capítulo 37: A relação médico-paciente e o desafio do diagnóstico de TDAH: uma experiência transformadora na formação acadêmica em pediatria 116

Larissa Freitas Campos, Maria Luiza Afonso Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-447-5.CAP.37

CAPÍTULO

01

A complexidade da relação médico-paciente: experiências e reflexões na formação médica

Maria Júlia Martins Padovani, Maria Eduarda Guedes de Oliveira Léo

A relação médico-paciente é constituída de complexos processos psicossociais, regidos entre esses dois agentes. O vínculo estabelecido é acompanhado bilateralmente de uma troca de percepções, de sentimentos e de interesses, estabelecidas nos fenômenos denominados transferência e contratransferência (Lucchese; Abud; De Marco, 2009). Dessa forma, há inúmeros fatores relacionados ao médico, ao paciente e até mesmo às circunstâncias sociais que colaboram para o desenrolar do encontro médico-paciente. Assim, não é raro orelato de encontros tidos como difíceis na prática médica, tendo em vista os diversos fatores que contribuem para o estabelecimento de uma relação.

Nessa perspectiva, é importante que o médico tenha discernimento das projeções instauradas pelos pacientes em relação à conduta do profissional, de modo que seja possível transmitir segurança independente da dificuldade firmada pelo encontro (Ranjan; Kumari; Chakrawarty, 2015). Com isso, entendemos como importante a prática de identificar e nomear as sensações, muitas vezes desagradáveis,que surgem durante o intercâmbio, como forma de engrandecer e ampliar nossa formação médica.

Diante do desafio de escrever a respeito de uma situação marcante, ao refletirmos, nós decidimos compartilhar um encontro que nos marcou e que se deu ao longo do quarto período, ao final do ano de 2022. Trata-se de uma consulta de puericultura acompanhada por nós, durante a grade curricular da disciplina de Saúde Individual IV, no Ambulatório de Pediatria. Dessa forma, acompanhamos o atendimento de uma criança de 6 meses de idade que estava visualmente emagrecida. Iniciamos a consulta conforme a condução de nossa preceptora, porém ao discutirmos a parte da anamnese referente a alimentação e às condições sociais da família percebemos grande vulnerabilidade financeira e alimentar.

Além disso, a criança não estava se adaptando ao leite de vaca, que era o único financeiramente viável para a família, vivenciando diversos vômitos e refluxos, segundo a mãe, a qual explicava a situação extremamente desconfortável, chorosa, inclusive, ao longo da consulta, relatou estar enfrentando quadro de depressão, juntamente com seu marido. Mediante a situação, houve um choque de realidade muito grande em nós e um conflito entre a expectativa de nos vermos cada vez “mais médicas” com conteúdos mais profundos e embazados e a realidade de que lidaremos não só com o aspecto biológico das pessoas, mas também psicossocial.

No decorrer da consulta, a precariedade se mostrou ainda maior, pois a família possuia 5 membros e eram sustentados apenas com o Auxílio Emergencial paterno e a fórmula adequada para o bebê era metade de toda a renda familiar. Nesse instante, o único sentimento que veio aos nossos corações foi a impotência. A bivalência entre saber o que deve ser feito e a incapacidade de realizá -lo. Nesse momento, a professora interveio acerca das possíveis condutas que poderiam ser adotadas. Além do encaminhamento para um gastropediatra, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para investigar a não aceitação do

menino ao leite, houve a necessidade de encaminhar o caso para a Secretaria de Desenvolvimento Social da cidade, haja vista a necessidade dessa família de um suporte financeiro, social e habitacional de grande impacto.

Nesse sentido, a conduta foi seguida e a consulta encerrada, mas, apesar de tudo, ficamos nos sentindo limitadas, haja vista que nossa primeira reação foi não saber o que fazer. Ficamos com a sensação de que a formação profissional médica, por tão extensa que seja, nunca acaba, por que as relações humanas apresentam infinitas formas de serem estabelecidas, logo a procura médica e a conduta mais eficaz para cada caso é particular, requerendo, assim, empatia e um olhar qualitativo para a realidade múltipla de cada paciente (Costa; Azevedo, 2010.)

Com isso, pudemos compreender melhor a realidade endêmica e a complexidade da vulnerabilidade social e da multiplicidade de perfis de pacientes que abrangem o SUS, assim como suas interseccionalidades, por exemplo, a baixa renda explícita no caso. Essa violência simbólica material possui consequências para a saúde física e psicológica, além de influenciar comportamentos de insegurança , ansiedade e depressão (Zanatta; De Lucca, 2014). Inclusive nos foi possível ver de perto as consequências desse aspecto para toda a família. Assim, também pudemos observar a importância de trabalharmos os contextos de vulnerabilidade para capacitar-nos em atendimentos na pública e a importância dos serviços de saúde na identificação, na notificação, na formulação de políticas e de práticas específicas para seu enfrentamento e sua prevenção.

Além disso, nesse contexto, enfrentamos a dificuldade de utilizar a empatia de forma a auxiliar na nossa atuação e não de atrapalhá-la. Não seria adequado demonstrar nossa profunda tristeza frente a situação. Embora os ocorridos nos despertam sentimentos, respostas mal administradas não são benéficas a situação e podem, inclusive, atrapalhar nossa atuação profissional. Logo, entendemos que nossa empatia precisava ser direcionada para procurar a melhor maneira de ajudá-los perante a realidade e ao contexto daquele núcleo familiar (Habigzang, 2018).

Portanto, além de reconhecer as emoções que são evocadas e a forma adequada de usar a empatia, o cotidiano das famílias em situação de vulnerabilidade, a importância dos serviços de saúde e da equipe multidisciplinar, percebemos que a capacitância de lidar com consultas difíceis não é inata, mas adquirida e praticada. A cada experiência e a cada paciente, nos sentimos menos impotentes e mais eficazes para lidar com as diversas situações que afetarão nossa formação acadêmica e nosso desempenho profissional. Este produto adquirido implica tanto em como evitar os mecanismos de transferência e co-transferência, como demonstrar empatia, transmitir segurança e agir com determinação, ética e profissionalismo. Nesse sentido, deduzimos que o exemplo de nossos preceptores é essencial para esse crescimento, pois a partir deles aprendemos reflexões intangíveis sobre o conhecimento teórico, bem como, deduzimos que a reflexão de nossos sentimentos, dificuldades e experiências é essencial para a valorização do saber "ser médico".

REFERÊNCIAS

[1] COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

[2] HABIGZANG, Luísa F. **Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência.** Porto Alegre : PUCRS, 2018.

[3] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4,p. 644-647, 2009.

[4] RANJAN, Piyush; KUMARI, Archana; CHAKRAWARTY, Avinash. **How can doctors improve their communication skills?**. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, v. 9, n. 3, p. JE01, 2015.

[5] ZANATTA, Alien Bedin, e DE LUCCA, Sergio Roberto. *Meu Paciente: Reflexão Sobre o Conceito de Violência Simbólica Infligida no Cuidade com Os Usuários dos Serviços da Saúde.* 2014, p. 135-135. *DOI.org (Crossref),* https://doi.org/10.5151/medpro-cihhs-10442.

CAPÍTULO

02 Uma visão de uma comunidade escolar sobre os médicos e a medicina

José Antônio Boa Sorte Júnior, Lucas Ferreira de Andrade

Durante o estudo de Saúde Coletiva III (SC III), nós dois, estudantes da turma 96 de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) nos deparamos com uma atividade em que deveríamos dar atenção a alunos de Ensino Fundamental de Escolas Públicas de Uberlândia. Nessa atividade, nós elaboramos dinâmicas interativas com esses alunos e com os professores respectivos. Em momentos oportunos pós atividades, foi realizado um momento de confraternização, que permitiu um contato maior de professores e nós os estudantes de medicina. Nesse momento, foi constatado uma situação que modificou completamente a forma como a medicina é vista pelos estudantes, a qual condicionou uma mentalidade mais inter-relacionada entre as profissões de médico e professor, além de trazer à tona a necessidade de uma reflexão e humanização da medicina.

As professoras, a vontade com a forma como nós, estudantes, se portavam diante dos seus alunos, conversaram conosco que existiam uma nítida diferença de aprendizagem entre diversos alunos, porém eram inseridos em uma mesma sala de aula, como se não apresentassem um desnivelamento na habilidade de aprendizagem. Essas professoras relatavam que existia uma negligência médica em diagnosticar seus alunos com dificuldade de aprendizagem, fato que dificultava sua atividade laboral, uma vez que essa professora não podia sanar os impasses de aprendizagem dos seus alunos, ou seja, não podia tratar de forma desigual, os desiguais (Paim, 2010; Silva, 2010) e elas acreditavam que isso se devia a um distanciamento da medicina e médicos de questões sociais, apesar de considerarem médicos “heróis” e “autoridades” por “salvarem vidas” nas palavras delas, o que implicitamente elas até mesmo transferiram para nós, estudantes da área.

Inicialmente tentamos acolher de forma empática e compreensiva a demanda das professoras, já que elas haviam sido bastante gentis conosco e criado dessa maneira um sentimento de confiança para conosco, assim nos sentimos, também, confortáveis para conversar sobre isso e entendemos que aquilo era o mais adequado a se fazer já que elas foram bastante receptivas e a sua demanda era bastante justa.

Após aquele dia em uma conversa particular nós nos perguntamos por que esse distanciamento entre a medicina e outras áreas ocorriam, e não tínhamos uma resposta clara para tal, tampouco isso havia sido discutido ou falado em alguma matéria na faculdade até então. Sentimos que isso se classificava como uma necessidade de aprendizagem em nós mesmos, até mesmo para que como futuros médicos pudéssemos lidar com isso e não sermos distantes das necessidades que a sociedade nos imporá e que não são somente ligadas a questões biológicas da saúde humana.

Tal atividade na escola, das quais as professoras participaram, se desenvolveu por três semanas nas quais íamos a escola e o assunto vinha à tona em todos os posteriores

encontros com elas, dessa forma conversas mais descontraídas e construtivas aconteceram e assim numa troca e formação de conhecimento compartilhada com as professoras as perguntas sobre o porquê o distanciamento médico-sociedade ocorre e como aquilo era importante ser aprendido começou a ser respondida. Nós, diante das falas da professora, percebemos como existia uma diferença entre a atividade de medicina, e o entendimento humano de todo um contexto social. Percebemos, também durante as três semanas que entre as crianças, os pais dos alunos, professores, prestadores de serviços e os estudantes de medicina, existia uma interconexão de universos completamente diferentes, isso foi algo que até nos trouxe um certo sentimento de medo e deslocamento, pois estas outras pessoas nos atribuíam um grau de autoridade e de certa maneira "sapiência" apenas por sermos estudantes da área da saúde, ou seja, a "autoridade" e "heroificação" que relatamos que as professoras nos deram inicialmente pelos médicos "salvarem vidas".

Ao final da atividade expressamos todos esses sentimentos que foram imbuídos em nós, bem como sobre essa necessidade de aprender o motivo pelo qual a medicina está distante da sociedade aos dois professores que nos orientavam e eles foram bastante compreensivos, explicando que muitas vezes essa heroificação de médicos (nós apenas estudantes de medicina ainda), era comum e que a melhor maneira de lidar com isso era ser claro com as pessoas e demonstrar que a medicina é uma área do conhecimento, tão importante para a sociedade como várias outras e que éramos pessoas normais que estavam na faculdade. Entendemos, então, que isso havia sido nosso comportamento durante os momentos em que as pessoas nos davam a autoridade que não pensávamos ter durante o tempo que passamos na escola com os alunos e as professoras.

Com relação aos motivos pelos quais existe distanciamento entre a medicina e a sociedade e que pensávamos ser algo importante de entender, os professores orientadores nos disseram que era algo já um pouco estudado e nos disseram algumas fontes onde isso poderia ser encontrado sob uma análise científica, que eram os textos de Marcondes e Silva (2012), Pessanha e Moreto (2022) e Mota e Schraiber (2014), os quais procuramos, para compreender essa questão que nos causou tanto dúvida e acreditávamos ser essencial aprender.

Para compreender todo o cenário que perpassa esse ecossistema de distanciamento sociedade, educação básica e medicina, Marcondes e Silva relatam (2012) relatam que é preciso analisar todas as influências que a afetam, sendo primordial o conhecimento dos contextos escolar e familiar e suas condições específicas, o que nos foi bastante interessante saber, já que era um pedido pelas professoras para com médicos, desesperadas por uma evolução do cenário de educação que elas se encontram.

Além disso, essas docentes mostraram como a vivência é importante no desenvolvimento pessoal, social e educacional, falando sobre uma necessidade de uma maior interação entre as profissões de medicina e pedagogia. Em consonância a elas, vimos nos textos indicados, de Pessanha e Moretto (2022) que eles perceberam e argumentaram que falta o entendimento de que uma profissão pode ensinar a outra a exercer melhor seu papel, ou seja, aliado a pedagogia, a medicina poderia ter sua atividade potencializada, atendendo um universo maior, além de uma melhor qualidade na elaboração de diagnósticos e no trato a saúde da família e comunidade. Tal trabalho conjunto precisando ser estruturado sobre um relacionamento interprofissional franco, direto, honesto, aberto, que tem como função primordial a melhora do processo de ensino e a evolução do cenário de saúde da população.

No que tange a reflexão sobre essa desconexão entre a medicina e outros saberes, bem como a dificuldade dela de trabalhar conjuntamente e em harmonia com outros campos e saberes encontramos algumas respostas em "Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas" de Mota e Schraiber (2014) que numa análise histórica sobre os métodos e teorias que guiaram a medicina durante os séculos se pautaram na cura de doenças e não na cura de doentes (que começa a ser um direcionamento considerado apenas nos últimos anos) e sob essa perspectiva a técnica foi mais importante e o afastamento de questões sociais aconteceu, logo, podemos compreender que essa inação com relação a situação de alunos especiais pode ocorrer, pois sua identificação é antes de um trabalho técnico, uma atividade social.

Essa problemática foi escolhida por nós para ser abordada na presente narrativa, pois aquela situação vivenciada na escola nos marcou bastante e nos deixou perpeplexos ao sentirmos como ao mesmo tempo as professoras nos identificavam como "autoridades" mas atribuem a nossa classe, a médica, mesmo que como estudantes, um distanciamento deletério e, pautada não somente no ensino biológico, mas também sim no ensino biopsicossocial da medicina, pois achamos que é essa a que melhor pode responder aos problemas de saúde e sociais que nos serão apresentados em nossa prática, assim havendo a necessidade de aprender o motivo pelo qual distanciamento ocorre, refletir sobre ele e não repetí-lo, não somente quando formos médicos, mas também enquanto estudantes.

Para nós, a experiência relatada na presente narrativa foi enriquecedora e nos trouxe amadurecimento para refletir e encontrar alternativas aos problemas que iremos vivenciar em nosso cotidiano como futuros médicos e enxergar as adversidades em outras perspectivas e não como algo sem solução. Outrossim, essa experiência também nos deixou felizes ao percebermos que nossa ação ali na escola foi efetiva já que acolhemos apropriadamente as reclamações que as professoras tinham com a classe médica, dando a elas momentos em que fizemos uma escuta ativa de suas indagações, posteriormente nos questionamos entre nós sobre os problemas que elas relataram, identificando que havia um "gap" no ensino-aprendizagem da medicina que havíamos tido até então (o porquê de haver distanciamento entre medicina e questões sociais em sua prática, além da atribuição de espécie de autoridade e heroificação da medicina que acreditávamos não ser adequada), então, buscamos os professores para saber mais sobre essas questões e eles conversaram conosco sobre isso e nos ofereceram fontes científicas nas quais poderíamos buscar mais sobre tal, o que fizemos e nos esclareceram sobre essa questão, nos possibilitando por fim, ao entender sobre aqueles problemas que estejamos preparados para não repeti-los enquanto estudante de medicina e futuramente como médicos.

REFERÊNCIAS

[1] Paim, Jairnilson Silva, e Lígia Maria Vieira da Silva. **"Universalidade, integralidade, equidade e SUS"**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, vol. 12, n o 2, agosto de 2010, p. 109–14. periódicos.saude.sp.gov.br, https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772. Acesso em: 27 nov. 2022.

[2] Marcondes, Keila Hellen Barbato, e Silvia Regina Ricco Lucato Sigolo. **"Comunicação e envolvimentos: possibilidades de interconexões entre família-escola?"** Paidéia (Ribeirão Preto), vol. 22, abril de 2012, p. 91–99. SciELO, https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000100011. Acesso em: 27 nov. 2022.

[3] Pessanha, Eurize, e Renato Moretto. **"O que a pedagogia pode oferecer a uma escola de medicina"**. Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 3, fevereiro de 2022, p. 47–50. SciELO, https://doi.org/10.1590/1981-5271v3.1-007. Acesso em: 27 nov. 2022.

[4] PINTO, Amâncio da Costa. **Efeito de saliência para psicologia e Freud e transferência positiva para os itens precedentes.** core.ac.uk, https://core.ac.uk/display/143400727?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1. Acesso em 27 nov. 2022.

[5] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 644-647, 2009.

[6] MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1085-1094, 2014.

[7] MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos 1. **Texto extraído do sítio WWW. lappis. org. br–Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Acessado em**, v. 13, n. 07, 2009.

CAPÍTULO

03 Reflexões sobre ética e comportamento em medicina

Ana Clara Gondim Oliveira, Nattan Afonso Rodrigues Mariano

A disciplina de ASRF IV, ministrada durante as atividades do quarto período do curso de medicina na Universidade federal de Uberlândia tem como um de seus objetivos específicos "Desenvolver habilidades de comunicação e afetivas na relação médico-paciente", o qual tivemos uma ótima oportunidade de exercer através da dramatização e até mesmo durante as explicações feitas em sala.

Nesse sentido, a escolha do momento vivenciado se baseia nesse objetivo, uma vez que entendemos que ele ainda configura um desafio para muitos estudantes e profissionais do curso de medicina. Dessa forma, optamos por registrar o nosso primeiro dia fazendo uma visita a um paciente sem a presença de um preceptor. No terceiro encontro da disciplina de Semiologia, durante o segundo período, o preceptor nos levou a um paciente que tinha um nódulo em região supraclavicular, para que pudéssemos realizar a prática da palpação, uma vez que estávamos aprendendo sobre os linfonodos e sua localização.

Porém, nesse momento, apenas realizamos a palpação e conversamos muito pouco com o paciente, visto que 12 pessoas teriam que realizar a palpação do linfonodo que estava aumentado. Nesse contexto, o preceptor pediu que nos dividíssemos em grupos e que fossemos lá visitá-lo em algum horário livre. E assim retornamos no período vespertino para colher a história clínica do paciente.

Tudo estava acontecendo de forma habitual, todos do grupo fazendo perguntas e anotando as respostas. Contudo, quando uma pessoa fez uma das perguntas do roteiro, que era "Você faz uso de algum tipo de droga ou substância ilícita", o paciente ficou um pouco constrangido, porém não quis mentir, então respondeu baixinho que de vez em quando usava álcool, maconha e às vezes cocaína.

Nesse momento, uma das integrantes do grupo se assustou, levou a mão na boca e perguntou em tom de voz aumentado "Cocaína?" e o paciente não sabia como se comportar, ficou envergonhado e só assentiu com a cabeça. Na hora, alguns estudantes do grupo nem perceberam o que tinha acontecido, mas nós ficamos com muita vergonha e logo tentamos mudar de assunto, partindo para a próxima pergunta, para tentar evitar aquele constrangimento, porém o paciente já estava menos disposto e respondendo de forma objetiva, desinteressado, então fizemos apenas mais uma pergunta e nos despedimos, agradecendo o paciente pela ajuda.

Logo que saímos do leito, nós fomos conversar com a menina que havia constrangido o paciente. Infelizmente ela nem se deu conta do que tinha acontecido, entendeu que apenas tinha feito uma pergunta ao paciente. Então apenas explicamos pra ela que não é nosso papel enquanto estudantes e também não é papel do médico ou outros profissionais da saúde julgar as escolhas de vida e hábitos do paciente, e sim investigar e orientar, caso seja algo prejudicial à sua condição de saúde. Além disso, ressaltamos a

importância de tomar cuidado com esse tipo de reação, visto que o paciente ficou muito desconfortável e triste. Então ela respondeu "tá bom" e foi embora, e nós ficamos conversando e tentando entender qual seria a melhor conduta a ser tomada, mas decidimos não retornar ao leito, visto que ele já estava muito desconfortável com a nossa presença.

Nós ficamos debatendo esse ocorrido por muitos dias depois, pois fizemos as seguintes perguntas: “Agimos certo perante o acontecido?” e “Deveríamos ter falado com algum professor sobre?”. Nesse sentido, hoje entendemos que tomamos uma boa decisão, visto que não constrangemos a aluna na frente do paciente, e também não a expomos ao professor, mas tentamos orientá-la e fazer ela entender que o que tinha ocorrido era grave e que ocasionou tristeza e constrangimento ao paciente. Contudo, às vezes nos arrependemos de não ter voltado lá e pedido desculpas, mas decidimos não voltar devido ao desconforto que ele apresentava com a nossa presença, então percebemos que também foi uma boa escolha.

No momento em que ela fez cara de assustada e fez a pergunta, principalmente ao ver a expressão do paciente, ficamos com muita raiva e desapontamento, pois já havíamos aprendido sobre a relação ética entre médico e paciente em algumas aulas. Porém, hoje entendemos que por ser a primeira vez que tivemos esse contato sem a presença de um professor, tenha sido um deslize e que não voltaria a se cometer. Então apenas ficamos esperançosos de que essa estudante tenha aprendido com aquele erro e mudado suas atitudes frente ao paciente, seguindo os devidos cuidados para ser moral e ética.

Nesse sentido, de acordo com o Código de Ética Médica, o médico deve tratar seus colegas com respeito, ter consideração, e dessa forma, refletir uma harmonia com a classe em que atua. Contudo, de acordo com a cláusula 1, do artigo número 8:

> Este apreço, a consideração e solidariedade não podem, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, levando-o a deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão, a crítica a tais erros ou atos não deverá, porém, ser feita de público ou na presença do doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial, mas será objeto de representação ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega. (CFM, 2018).

Desse modo, embasados no código de ética da nossa profissão, acreditamos ter tomado a decisão correta.

De acordo com o primeiro princípio fundamental do Código de Ética Médica “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza” (CFM, 2018). Dessa forma, é de fundamental importância que os estudantes sejam instruídos da melhor forma possível sobre os melhores métodos de atuar na relação médico-paciente, para exercerem uma medicina não discriminativa, mas sim acolhedora e eficiente.

Segundo o filósofo Michael Foucault, e conforme visto na disciplina de ASRF, até o final do século XVII o hospital era visto apenas como uma instituição de assistência ao pobre, a qual funcionava também como um ambiente de separação e exclusão (Foucault, 1989). Na atualidade, percebemos uma mudança significativa nesse paradigma, visto que o hospital se tornou um lugar de acolhimento, onde todas as pessoas, de todas as etnias, idades, cores e condições socioeconômicas vão para serem “atendidas”, ou seja, para

encontrar um profissional que as acolheram, ouvirão o que tem a dizer e farão o seu melhor para lhes dar as melhores condutas e orientações. Assim, é de grande significância que os médicos estejam muito bem preparados para realizar essas ações, sendo éticos e profissionais.

Além disso, de acordo com o artigo 4 da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

> É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (Ministério da Saúde, 2011).

Portanto, é imprescindível que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados, pois os alunos sairão mais preparados e confiantes de que estão sendo ótimos profissionais e que estão conseguindo ajudar as pessoas, motivo pelo qual muitos escolhem essa profissão. Assim, voltamos a salientar a importância de temas como: abordagem em encontros difíceis, modos e condutas da anamnese, formas afetivas de fazer perguntas constrangedoras e formas de se manter imparcial diante de informações difíceis de se processar, para que os estudantes possam exercitar a melhor forma de conduzir a consulta ainda dentro de sala de aula, assim quando for realizar seu atendimento ao paciente, será de forma profissional e acolhedora.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília; 2011.

[2] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2019.Acesso em 26 de nov de 2022. Disponível em: https://bit.ly/3MbOz3i

[3] FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CAPÍTULO

04 Impactos da COVID-19 na qualidade do ensino e nas práticas médicas

Ana Karolina Balduino Mendes, Brenda Kelly de Jesus Santos Penha

A pandemia da COVID-19 acarretada pelo vírus SARS-CoV-2 ocasionou diversos impactos na sociedade devido a sua rápida disseminação, à falta de conhecimento sobre a doença e sua letalidade, quarentena, incontáveis mortes, falta de recursos nos hospitais, incertezas na efetividade das vacinas e dentre outros fatores, os quais contribuíram para o medo, angústia e ansiedade na população. Além disso, no que tange à educação, especialmente do ensino superior, devido ao distanciamento social, à adaptação dos docentes e discentes ao ensino remoto, principalmente nos cursos da área da saúde, percebemos que a parte mais afetada na grade curricular foi a prática, como no caso do curso de medicina. Tendo em vista que no período de isolamento foi ofertado aos alunos somente a porção teórica do curso, já que era inviável e não coerente aplicar a parte prática, houve prejuízos no desenvolvimento de habilidades e competências médicas, gerando-nos sentimento de impotência e desânimo pela limitação do nosso aprendizado e inaplicabilidade da prática cotidiana.

Todo médico precisa de uma visão integrada da medicina, que só é alcançada através de amplos conhecimentos sobre os métodos diagnósticos e as enfermidades humanas. A semiologia é uma das disciplinas baseadas no treinamento prático do aluno, a qual consiste no ensino dos princípios da entrevista (anamnese), exame físico, raciocínio clínico, relação médico paciente e vocabulário médico, e que, na Universidade Federal de Uberlândia, inicia-se no segundo período, sendo este momento o primeiro contato do discente com o paciente e a doença. Assim, uma visão integrada dos conhecimentos é fundamentada por meio de treinamentos práticos à beira leito, que permitem diferenciar os sinais e sintomas das principais doenças e a utilização adequada de exames complementares. Desse modo, compreendemos que esse método de ensino é de extrema importância para a qualidade do ensino-aprendizagem, de tal forma como sintetizada pelo teórico Ausubel (1982), o qual propõe que o estudante aplique a informação adquirida na prática para que a ancoragem de conteúdos ocorra de forma efetiva e duradoura.

Essa problemática foi escolhida por nós para ser abordada na presente narrativa, pois prezamos pela qualidade de ensino e identificamos a necessidade de compreender como ela de fato afeta nosso aprendizado, visto o prejuízo que vivenciamos na pandemia, com a minimização exponencial da capacidade de concentração, da aplicação de conhecimentos teóricos na prática, além de uma redução do contato interpessoal, o qual consideramos essencial para a boa prática médica. Diante disso, para analisar esse período, faz-se pertinente refletir sobre como a redução dos cenários práticos e a dificuldade para sua reposição com a volta das aulas presenciais impactou na qualidade de ensino. Ademais, destaca-se a importância de abordarmos como a explosão de emoções relacionadas aos impactos da pandemia em nossas próprias vidas influenciou na nossa aprendizagem.

No que se refere à retomada das atividades presenciais nos cenários práticos, ainda restritos em quantidade, com nossa breve experiência como acadêmicas de medicina, percebemos grande dificuldade em abordar os pacientes para a realização das anamneses e, ao mesmo tempo, lidar com a sensação de impotência perante o nosso despreparo. Ao refletirmos sobre isso, é possível destacar nosso primeiro contato com o paciente na disciplina de semiologia, em que após nos ser apresentado o roteiro de anamnese fomos destinadas a encontrar algum paciente para entrevistar.

A paciente que abordamos era muito receptiva, jovem, respondia as perguntas com facilidade, e seu olhar para nós era de confiabilidade, como se nós soubéssemos o que estava definitivamente fazendo. No entanto, estávamos nos sentindo perdidas no roteiro, no que escrever, como escrever, se devíamos ou não voltar nas perguntas anteriores à procura de mais detalhes, além de a paciente nos fazer questionamentos em relação a sua medicação, a sua doença e não estarmos preparadas para responder ou saber como conduzir a situação, o que nos deixou, no momento, nervosas e com vontade finalizar de forma rápida aquela discussão. Nessa perspectiva, as boas expectativas que tínhamos em relação a conversar com um paciente pela primeira vez, se tornou em algo negativo, pois fugiu totalmente do que imaginávamos, já que esperávamos que conseguiríamos seguir o roteiro, que ouvir a história patológica e destacar uma ordem cronológica não fosse tão difícil e confuso, e que não estaríamos nervosas com a situação.

Naquela ocasião, nos sentimos frustradas não só pela falta de preparo diante das grandes responsabilidades que as práticas trazem, mas também pelo fato de estarmos, pela primeira vez, em um ambiente prático do curso, tendo nosso primeiro contato com os outras pessoas após dois anos de pandemia, isto é, um cenário completamente novo e que desencadeou certa insegurança em nós. Além do mais, pelo atraso na parte prática das turmas anteriores, tivemos sobreposição de turma no hospital, o que levou a diminuição de nossas visitas a beira leito, causando assim prejuízos na consolidação da aprendizagem, em razão da importância de aplicação prática para que haja efetivação do conteúdo.

Dessa forma, fomos impossibilitadas de poder treinar melhor como abordar um paciente e de fazer novas anamneses, visto que em um semestre fizemos poucas visitas aos leitos, o que ocasionou falhas na nossa aprendizagem naquele momento. Entretanto, mesmo com esses prejuízos, percebemos que essas poucas oportunidades nos cenários práticos contribuíram para percebermos as lacunas de conhecimento que precisamos preencher, as quais não estão relacionadas apenas à técnica de uma boa anamnese, mas também aos aspectos centrados no indivíduo, na subjetividade e complexidade humana, bem como nos recursos que podemos utilizar para oferecer um cuidado ao paciente que o abranja em sua integralidade, como é proposto no método recomendado por Stewart et al. (2013), em que é enfatizada a importância de se abordar três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas, estabelecendo dessa forma uma visão partilhada entre médico e paciente.

Sendo assim, após nossas reflexões acerca das experiências práticas, sentimos que, com o retorno do ensino presencial, apesar das dificuldades, fomos muito amparadas por nossos docentes, os quais nos ajudaram a enfrentar as frustrações diante das expectativas criadas e se empenharam em apresentar os conteúdos com qualidade. Além de finalmente nos sentirmos realizadas e pertencentes ao curso que escolhemos, o cenário vivenciado nos fortaleceu para lidarmos com as adversidades que por vezes iremos ter ao longo da nossa jornada.

Neste contexto, as experiências proporcionadas pelas atividades práticas pós pandemia nos permitiu compreender mais sobre como lidar com as nossas próprias expectativas, praticar o diálogo afetivo, aprimorar o sentimento empático, e entender a necessidade de ter um olhar mais humanizado com o próximo, reconhecendo o outro em nossa própria individualidade, os quais se configuram como aspectos fundamentais para uma boa prática médica (Silverman et al, 2013). Em suma, assim como grandes eventos históricos são premissas de grandes avanços sociais, a pandemia da COVID-19 proporcionou que pudéssemos amadurecer e encontrar novas alternativas para aprimorar nosso conhecimento pessoal e impactou nossa formação de forma singular, nos proporcionando reflexões, aprendizados e o aperfeiçoamento de habilidades que, certamente, irão contribuir para nossa futura atuação como profissionais médicas.

REFERÊNCIAS

[1] AUSUBEL, David Paul. A aprendizagem significativa: A teoria de David Ausubel. Moraes, São Paulo,1982. Disponível em: Capítulo 10 - A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel - Teorias de Aprendizagem - Moreira, M. A.pdf (usp.br).

[2] BARBOSA, Mírian Santana; RIBEIRO, Maria Mônica Freitas. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais, v. 26, n. Supl 8, p. S219-S221, 2016

[3] FILHO, A.S.C; SOBRINHO, J.M.D.R; ROMÃO,R.F; SILVA,C.H.N.D; ALVES,J.C.P; RODRIGUES.R,L. O ensino remoto no curso de Medicina de uma universidade brasileira em tempos de pandemia. Rev. bras. educ. med. 46 (01), 2022. doi: https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210243

[4] GOMES, Vânia Thais Silva et al. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica, Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.44, ed. 4, 21 ago. 2020. doi: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4- 20200258

[5] MESTRINHO, V.M.M.V; MESTRINHO, B.V. COVID-19 e os estudantes de medicina. Brasília Med. VOLUME 59; ANO 2022: 1-11. doi: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P0OHfvLxYkcJ:https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v59a184.pdf&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

[6] SANTOS, M.M.S.S; SAAD, M.A.N; JORGE, A.J.L; SOARES, R.L.S; PANTALEÃO,C.A; CARVALHO,R.T; CONCEIÇÃO,J.F.F. ENSINO DE SEMIOLOGIA MÉDICA DIANTE DO CENÁRIO DE PANDEMIA DA COVID-19: REALIDADE E DESAFIOS, 2022. v. 5 n. 4 (2021): XXIX Encontro de Iniciação à Docência

[7] SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; DRAPER, J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd,2013.

[8] STEWART, M; BROWN,J.D; WESTON,W.W; MCWHINNEY,L.R; MCWILLIAM,C.L; FREMAN,T.R. et al. Patient centered medicine: transforming the clinical method. CRC Press; 3ª edição (28 dezembro 2013).

CAPÍTULO

05 Lidando com falhas tecnológicas e humanizando o atendimento: reflexões de uma experiência no ambulatório de pediatria

Cinthya Alves Ferreira, Eduarda Vilela Silva

No eixo de Saúde Individual VI, componente curricular obrigatório do sexto período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, os estudantes possuem ambulatórios de algumas especialidades médicas, a saber, cirurgia, nefrologia, endocrinologia, pediatria, cardiologia, dentre outras. Essa vivência é de extrema importância para os estudantes de medicina, visto que permite a nós, alunos, adquirirmos habilidades, conhecimentos, atitudes e posturas na prática médica de forma precoce durante a graduação.

Em uma sexta-feira à tarde no Ambulatório Didático de Pediatria, estávamos prestes a finalizar o último atendimento do dia quando a secretária nos chama para avisar que havia um paciente ainda esperando para ser chamado. A secretária nos informou que havia acontecido um erro no sistema, o qual não nos notificou sobre a chegada do paciente. Ademais, como um certo empecilho para esse atendimento, a mãe do paciente estava bastante irritada pela demora para ser chamada, visto que aguardava desde o meio dia e já eram quatro da tarde. Além disso, ela estava grávida e disse que ganharia o bebê dentro de uma semana, dito isso, ela possuía bastante dificuldade para encontrar uma posição confortável para se sentar e não estava se sentindo muito bem com o calor que fazia naquele dia. Nesse contexto, a nossa professora orientadora da pediatria informou que iríamos atender e que ela acreditava que seria melhor que nós realizássemos o atendimento de modo pontual, objetivo e de forma mais rápida ao invés de negar o atendimento, considerando que nosso horário de atendimento já estava se encerrando.

Diante do exposto acima, nós já estávamos exaustas e desejávamos ir embora cedo, contudo, necessitávamos compreender melhor como lidar com essa situação e, no momento, nos questionamos: como podemos agir frente às falhas do sistema e cumprir com o nosso papel de estudantes de medicina e futuros médicos sem prejudicar o atendimento ao paciente?

Isso nos impactou de modo único e fez com que pudéssemos perceber o quanto ainda temos que aprender, principalmente, para saber lidar com esses conflitos no nosso futuro. Diante desse cenário, optamos por escolher esse caso, para podermos refletir um pouco mais sobre como estar preparados para atuar em situações de falha dos sistemas e em momentos em que o erro não é da equipe médica e tampouco da secretária, mas uma mera falha tecnológica que fez uma seleção inadequada dos pacientes e deixou de notificar sobre o caso desse paciente que estava acompanhado de sua mãe gestante e que, justamente devido a isso, deveria ter sido o primeiro paciente a ser atendido.

Naquela ocasião, lembramos do conhecimento que havíamos adquirido a respeito de como conduzir uma boa consulta e entendemos que, para se proporcionar um atendimento integral e de qualidade, todos os profissionais do serviço, desde o recepcionista até o enfermeiro e o médico, devem trabalhar em conjunto para maximizar

a atenção, a escuta ativa, o cuidado e a prática de comunicação e informação adequadas com a paciente e suas necessidades. Dito isso, pensamos que agimos de forma correta ao optar por realizar a consulta com a paciente, ainda que o nosso horário de atendimento já tivesse se encerrado, visto que sentimos também a necessidade da humanização da prática médica e do atendimento centrado no paciente e, ao mesmo tempo, ser empáticas e praticar a alteridade.

Ao longo do curso, aprendemos que como futuras médicas devemos estar aptas a realizar uma consulta de puericultura de qualidade buscando sempre o princípio da beneficência e não maleficência ao paciente (Drumond, 2001), porque sabemos que a assistência de qualidade na puericultura pode prevenir futuras doenças naquele indivíduo em sua vida adulta (Figueiras, 2005). E isso ocorre, pois, muitas patologias que acometem a primeira infância podem ser controladas ou tratadas desde cedo. Isso deve ser realizado de forma globalizada, a fim de selecionar e excluir as principais doenças e evitar atrasos de diagnósticos e também do desenvolvimento infantil, ao considerarmos que entre as atividades que desenvolvemos ao longo dos atendimentos de rotina e acompanhamentos estão a realização de anamnese e exame físico, a interpretação de curvas de crescimento pondero-estatural, a identificação dos principais marcos de desenvolvimento, a compreensão e a orientação à mãe sobre os benefícios do aleitamento materno para ela e para a criança, a interpretação do cartão vacinal e os ajustes que se mostrassem necessários e, ainda, a orientação sobre introdução alimentar e alimentação saudável da criança. Portanto, com essas medidas, evitam-se complicações futuras.

Por fim, foi possível percebermos que o atendimento de rotina na pediatria exige do acadêmico de medicina o conhecimento de diversos protocolos e recomendações para cada faixa etária, de maneira a se garantir, com auxílio dos nossos preceptores, o adequado desenvolvimento infantil. Logo, a partir dessa experiência citada, ressaltamos o exercício da prática médica e o cumprimento da busca por uma capacitação cada vez mais completa do profissional médico como indissociáveis, sem desconsiderar ainda a participação da atividade puramente humana baseada no respeito àquele que busca ajuda. E destacamos que, segundo (Sousa et al., 2014), o agendamento de consultas deve seguir algumas regras de conduta dando prioridades aos pacientes com quadro de saúde grave ou debilitante, assim como gestantes, idosos e crianças. Frente a isso, achamos importante que os sistemas de gestão hospitalar sejam capazes de controlar adequadamente o fluxo de pacientes, da mesma forma que também nos é importante saber lidar com situações como essa e atender o paciente da melhor forma possível, ainda que em atraso. (Lima, Jorge e Moreira, 2006), afirmam que um sistema eficiente que valorize o fator humanitário do sistema de saúde deve ser parte do processo de gestão e funcionamento das Unidades de Saúde. Assim, o correto agendamento, fluxo e classificação de prioridades é essencial para o bom funcionamento do atendimento ao paciente e também para que se tenha uma boa relação entre os profissionais que atuam no centro de saúde, uma vez que essa organização favorece um serviço mais eficiente e menores desgastes para todos os envolvidos.

Assim, concluímos que o atendimento na puericultura é essencial para o bom desenvolvimento do paciente e que para que ele seja feito adequadamente é essencial que a gestão hospitalar seja realizada de modo eficiente, a fim de evitar que os pais e responsáveis pela criança deixem de comparecer ao centro de atendimento ou percam suas consultas devido a intercorrências que dificultam esse acesso. Nós como estudantes, entendemos que a tecnologia pode falhar e que frente a isso devemos agir de modo a

contornar a situação e buscar soluções eficientes e que garantam que os pacientes sejam bem assistidos.

REFERÊNCIAS

[1] DRUMOND JGF. **Bioética e direito médico: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico.** Unimontes Científica [Internet]. 2001 [acesso 16 out 2023];1(1):1-8. Disponível: https://bit.ly/3BtPtpJ » https://bit.ly/3BtPtpJ

[2] FIGUEIRAS AC, SOUZA ICN, RIOS VG, BENGUIGUI Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C. Serie OPS/FCH/CA/05.16.P: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005;1-52.

[3] LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; JORGE, Maria Salete Bessa; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico.** Revista Brasileira de enfermagem, v. 59, n. 3, 2006.

[4] SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

CAPÍTULO

06 A relação médico-paciente em crianças com atraso do desenvolvimento neuropsicomoto

Juliana Marques Marra, Laura Aparecida Xavier de Abreu

A prática médica é baseada, primordialmente, na relação de confiança construída entre o profissional e o paciente. Desse modo, tal "*rapport*" constitui-se como elemento imprescindível para a aplicação cotidiana dos preceitos da Medicina Centrada na Pessoa – analogamente ao que postulam Ribeiro e Amaral (2008):

> Resumidamente, pode-se dizer que são dois os componentes principais da medicina centrada no paciente: um deles se refere ao cuidado da pessoa, com a identificação de suas idéias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas; e o segundo se relaciona à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Por isso, torna-se evidente que o estudo da relação médico-paciente durante a formação acadêmica do médico configura-se como indispensável para a atuação profissional de qualidade, centrada nos cuidados humanizados e na visão holística do paciente. Dessa maneira, configura-se como imprescindível analisar e refletir acerca dos momentos que experienciamos junto aos pacientes enquanto médicos em formação, com o intuito de identificar possíveis condutas inadequadas e necessidades de aprendizado, visando aprimorar as habilidades de comunicação e de construção de uma relação de confiança com o paciente.

Em meio às atividades do eixo curricular de Saúde Individual VI, no cenário do Ambulatório de Pediatria, nossa dupla iniciou o atendimento recebendo e cumprimentando a mãe, a qual trazia consigo suas duas filhas, de 6 e 7 anos de idade, para uma consulta de puericultura no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

O atendimento de irmãos por si só já traz algumas adversidades intrínsecas, a saber: menor tempo dispensado a cada criança; dispersão da atenção do profissional, o qual pode acidentalmente negligenciar alguma queixa; inquietude de uma criança enquanto a outra é examinada. Ademais, uma das meninas era sabidamente diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), de modo que a deficiência cognitiva e o atraso de Desenvolvimento Neuropsicomotor também representaram desafios significativos no atendimento dessas crianças. Nesse sentido, escolhemos esta consulta para o relato, visto que tal situação, dotada de uma maior complexidade do que os outros atendimentos realizados até então, acabou por despertar em nós ansiedade e aflição – baseadas nos sentimentos de impotência e despreparo.

O primeiro desafio a ser relatado foi encontrar a mãe e as pacientes na sala de espera - isso porque a mãe não estava presente na sala de espera, e sim em uma dos comércios próximos à entrada do ambulatório. Mais tarde, descobriríamos que a filha

diagnosticada com TEA tinha bastante relutância em comparecer às consultas, tendo em vista a necessidade de utilizar o transporte intermunicipal cedido pela prefeitura da cidade de procedência, e uma das estratégias da mãe era a barganha. Naquela tarde em específico, a mãe havia "barganhado" picolés em troca da longa espera.

Não sabíamos ainda, mas as três eram muito conhecidas por ali. Enquanto impacientemente chamávamos por todo ambulatório, nos questionando se deveríamos ou não cancelar o atendimento, as secretarias na recepção logo reconheceram os nomes e sobrenomes e avisaram que estavam aguardando o atendimento desde a manhã. Uma delas rapidamente sacou o telefone e chamou pela mãe, que, poucos minutos depois, entrou correndo com ambas as crianças.

Perante o olhar preocupado e ansioso da mulher, temendo ter perdido a consulta após tanto tempo de espera, era fácil sentir culpa, pois quase não nos dispomos a esperar alguns minutos por quem tinha nos esperado por toda a manhã. Em função do desejo de não comprometer a agenda do dia, atrasando o atendimento dos outros pacientes, deixamos de considerar que o prejuízo do cancelamento daquela consulta e perda de seguimento no acompanhamento daquelas duas meninas era muito maior. Além disso, não consideramos solicitar informações dos outros profissionais que trabalham na recepção e poderiam ter confirmado a presença das três com facilidade, assim como acabaram fazendo.

O início do atendimento foi, sem dúvidas, bastante conturbado. A própria mãe sugeriu que a filha mais velha, que não tinha o diagnóstico de TEA, fosse atendida primeiro, pois com ela o "processo" seria mais "rápido". Assim o fizemos, respeitando o desejo da mãe, mas com certo desconforto por não conseguir incluir a irmã no processo. A outra menina manteve-se em silêncio, absorta com um celular.

Durante a anamnese, tentamos direcionar o atendimento para as queixas e particularidades da filha mais velha, mas a mãe constantemente fazia comparações entre o desenvolvimento das duas. Talvez pela pequena diferença de idade (menos de dois anos), mas com grande semelhança física em aparência, estatura e peso, a mãe constantemente demonstrava esperar que a filha mais jovem acompanhasse, mesmo que minimamente, os marcos do desenvolvimento da outra. Era também com um semblante de alívio que ela relatava não ter com a filha mais velha uma série de desafios que enfrentava com outra, como a redução do tempo de tela - nos registros anteriores, ambas as crianças tinham recebido a orientação para reduzir o uso de celular, mas só a mais velha tinha conseguido cumprir a adaptação.

A mãe carregava consigo muitos documentos, exames e laudos para as duas filhas. Era possível notar que ela tentava manter certa organização, separando o que pertencia a cada uma das meninas, mas, por causa da semelhança dos nomes, nós mesmas acabamos nos confundindo inúmeras vezes ao lidar com a papelada. Isso revelou um hábito bastante ruim desenvolvido no dia-a-dia dos ambulatórios - não memorizar realmente o nome dos pacientes, confiando que apenas os registros no prontuário eletrônico seriam suficientes para relembrá-los, se necessário. Contudo, a presença das duas crianças na sala com somente um acompanhante fez com que precisássemos interrogar o nome das crianças no início do atendimento diversas vezes.

De forma semelhante, tivemos que lidar com a falta de habilidades para conduzir a anamnese no atendimento de uma criança com TEA. Isso suscitou o a atenção do preceptor responsável que nos acompanhava, que ressaltou alguns detalhes necessários para não tornar o atendimento desconfortável para as crianças com esse diagnóstico.

Conforme Myers (2009), visitar um consultório pode representar um desafio para crianças com déficits na interação social, comunicação e aversões sensoriais. Geralmente, são necessários mais tempo e estratégias específicas, como a comunicação prévia com os cuidadores para otimizar a adesão do paciente, visitas prévias de familiarização ao ambiente e uso de histórias sociais visuais para ajudar na compreensão. Além disso, permitir a manipulação de materiais, simplificar instruções e linguagem, fornecer suporte visual e manter familiares próximos para conforto e minimizar estímulos intensos durante o exame físico são aspectos importantes.

Nesse sentido, agimos conforme o recomendado e permitimos que a menina mais jovem utilizasse o celular durante toda a consulta, interrompendo sua distração somente nos momentos estritamente necessários, pois identificamos que para ela o aparelho representava segurança e familiaridade. Além disso, oferecemos à outra irmã, que não fazia uso de telas, giz de cera, lápis de cor e papéis, e solicitamos que outros colegas nos ajudassem a acompanhá-la enquanto dedicávamos nossa atenção à irmã mais nova e à mãe.

O uso do recurso lúdico acabou sendo proveitoso também para a irmã diagnosticada com TEA, que optou por participar dos desenhos enquanto a consulta se encerrava e discutíamos o caso com o preceptor. Nos momentos finais, quando a mãe recebia instruções, agendamentos de retorno, receitas e pedidos de exames, as meninas entregaram a nós desenhos com mensagens de carinho e gratidão. Com alívio, percebemos que os desenhos proporcionaram uma expressão emocional valiosa para as meninas, fortalecendo os laços afetivos entre todos os membros da equipe de saúde, além de demonstrarem que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas durante o atendimento, tínhamos conquistado a admiração das pacientes.

A experiência no Ambulatório de Pediatria nos confrontou com desafios significativos que ressaltam a importância de uma abordagem sensível e adaptativa no cuidado de pacientes, especialmente daqueles com necessidades especiais. Aprendemos que a construção de um relacionamento empático e acolhedor com os pacientes e suas famílias é fundamental para superar as barreiras que surgem no atendimento médico, especialmente quando é necessário enfrentar situações com as quais não se tem experiência.

Além disso, compreendemos a importância de considerar não apenas as necessidades médicas, mas também os contextos sociais, emocionais e comportamentais de cada paciente. A reflexão sobre essa experiência nos instiga a buscar constantemente aprimoramento em nossas habilidades de comunicação, empatia e compreensão das necessidades específicas, fortalecendo assim a base para uma prática médica mais humanizada e eficaz. Através do desenvolvimento contínuo dessas habilidades, estamos comprometidos a fornecer um cuidado compassivo e de qualidade, respeitando a individualidade e a dignidade de cada paciente que atendemos, sob a compreensão de cada um trará consigo um perfil único que irá demandar de nós, futuros profissionais, habilidade inesgotável de adaptação.

REFERÊNCIAS

[1] FERENCZI, S. A. (1919/1992). **A técnica psicanalítica.** In S. A. Ferenczi. Obras Completas, vol. II. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.

[2] RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. **"Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico"** Rev. bras. educ. med. 32 (1) • Mar 2008 • https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012

[3] SIGMAN M, McGovern CW. **Improvement in cognitive and language skills from preschool to adolescence in autism.** J Autism Dev Disord 2005; 35:15.

[4] STEWART, MA. **"Effective physician-patient communication and health outcomes: a review"**. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33. PMID: 7728691; PMCID: PMC1337906.

[5] MYERS, SM. **"Management of autism spectrum disorders in primary care."** Pediatric annals vol. 38,1 (2009): 42-9. doi:10.3928/00904481-20090101-08

CAPÍTULO

07 Desafios éticos e práticos no atendimento de um recém-nascido com sequelas de toxoplasmose e interferência de tratamento alternativo

Anna Maria de Senna Migueletto, Eduarda Vilela Silva

Em uma quinta-feira à tarde no Ambulatório Didático de Pediatria, estávamos prestes a atender um recém-nascido em sua primeira consulta pós-alta da UTI. O paciente em questão tinha sequelas (calcificações periventriculares) associadas à toxoplasmose, uma vez que a mãe apresentou essa doença ao final da gestação. Durante o atendimento, descobrimos que o pai era um dos líderes religiosos da religião Santo Daime e estava dando gotas da erva (ayahuasca), considerada santa por essa religião, para o filho. Isso pois ele acredita nos poderes curativos de tal erva para a criança. Nós, estudantes, estávamos realizando nosso primeiro atendimento e vivenciar essa realidade nos impactou, na medida em que não sabíamos muito bem como reagir à situação, por antes termos lidado com dilemas éticos apenas na teoria, e vivenciar essa questão na realidade nos deixou bastante inseguras, necessitávamos compreender melhor como lidar com o dilema ético apresentado e momento nos questionamos: como podemos melhorar nossa atuação e cumprir com nosso papel de estudantes de medicina e futuros médicos? Quais seriam os princípios bioéticos envolvidos nessa situação?

Isso nos impactou de modo único e fez com que pudéssemos perceber o quanto ainda temos que aprender, principalmente, para saber lidar com esses conflitos no nosso futuro. Diante disso, optamos por escolher esse caso, para podermos refletir um pouco mais sobre a situação de modo a adquirir mais confiança na nossa atuação futura.

Naquela ocasião, lembramos do conhecimento que havíamos adquirido a respeito de como conduzir uma boa consulta e entendemos que, em um primeiro momento, não poderíamos nos posicionar contra o pai em absoluto sem buscar compreender o ponto de vista religioso. No entanto, também conhecíamos as recomendações de que essa criança não deveria ingerir nenhum outro alimento ou bebida que não fosse o leite materno. Dessa forma, nos sentimos, em parte, aptas para gerir a situação, o que nos empoderou e nos questionamos sobre o que poderia ser feito para garantir o melhor para o paciente do caso. Então, repassamos o caso para o médico chefe que estava nos orientando no dia e, em conjunto, buscamos na literatura artigos sobre o uso da ayahuasca em recém nascidos, em especial aqueles que tivessem sequelas associadas à toxoplasmose, a fim de encontrar fundamentação teórica para conversar com os pais do recém nascido na consulta seguinte.

Sendo assim, a partir do conhecimento adquirido de como gerir uma boa consulta, aliado ao fato de termos buscado o embasamento teórico, nos sentimos mais seguras para conversar com os pais sobre o uso da erva em RN. No retorno, estávamos apreensivas para observar com os pais lidariam com as informações apresentadas sobre a ayahuasca, principalmente, pois estavam sendo abordados os efeitos colaterais do uso da erva. A abordagem que utilizamos foi tentar explicar a falta de pesquisas sobre o uso dessa erva nos recém nascidos, bem como sobre os efeitos colaterais que poderiam ser gerados, porém o pai do recém nascido refutou e defendeu o uso das ervas com o argumento de

que também há uma grande quantidade de efeitos colaterais atrelados ao uso dos medicamentos que haviam sido receitados para a criança pela medicina tradicional.

A partir da contra-argumentação do pai, tentamos justificar nossas orientações com base nas evidências científicas mais atuais que encontramos em nossas pesquisas, buscando de certa forma respeitar as crenças familiares e o que o pai estava propondo. Infelizmente, não houve total concordância por parte da família em relação ao que sugerimos, no entanto, o pai se propôs a refletir sobre o que foi dito. Nós nos sentimos, em parte, felizes por ele ter considerado a sugestão e usamos essa situação para nos motivar a buscarmos, na nossa vida profissional, formas de estabelecer bons vínculos e desenvolver ainda mais empatia com nossos pacientes, pois sabemos a importância desses fatores na relação médico-paciente.

Ao analisar a situação em questão, nós entendemos que estávamos lidando com um dilema ético, em que estava posto um embate entre a medicina tradicional e a medicina alternativa com o uso de fitoterápicos que cuja base era religiosa. De acordo com o Art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Brasil,1990), é dever da família com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida e saúde. Assim, ao assumir esse papel, a família passa a ser a responsável por gerir assuntos que concernem à autonomia do recém nascido. Dessa forma, ao entender que a autonomia está associada " à capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma"(Silva, 2017), os pais se tornam responsáveis pela escolha que fazem com relação à saúde do filho, cabendo ao médico e a nós estudantes, informarmos sobre os riscos associados ao uso, como no caso, da Ayahuasca, a fim de garantir que eles exerçam autonomia plena sobre a saúde do filho.

Assim, procuramos adotar uma postura ética ao realizarmos a busca de pesquisas a fim de melhor informar os pais para que eles pudessem, junto a equipe médica, participar ativamente e compartilhar o tratamento do recém nascido, tal como foi proposto por Silverman *et al.* (2003), no livro "*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills",* que descreve um modelo de consulta no qual devem estar claros os motivos ou razões para a consulta e, a partir da exploração das principais preocupações do paciente e do médico, são negociadas as prioridades e é estabelecida uma "agenda", termo que se refere aos compromissos conjuntos acordados entre ambos para aquele atendimento e para o seguimento do cuidado, assim como para assegurar a melhor terapêutica com base nas evidências científicas mais atuais.

Além disso, percebemos que um princípio bioético que deveria ser assegurado seria o da não-maleficência, o qual propõe a obrigação de não infligir dano intencional. Assim, ao realizarmos as pesquisas centradas nas particularidades do recém-nascido, buscamos não ocasionar dano intencional, bem como assegurar a individualização do processo de adoecimento e de tratamento da criança. Apesar disso, depois de refletirmos sobre o atendimento realizado, percebemos que nossa abordagem inicial não considerou um dos princípios da medicina centrada na pessoa, que trata sobre entender o modo como o outro indivíduo sente e vive a sua realidade (Stewart, 2017) e, embora tivéssemos tomado consciência de nossa falha, isso nos motivou a estudar mais a fim de colocar em prática os princípios da medicina centrada na pessoa.

E essa abordagem, talvez, poderia ter possibilitado que a interação fosse mais efetiva entre nós estudantes e os pais que ali estavam, podendo, inclusive, garantir uma melhor adesão ao tratamento e às indicações propostas pela equipe. Com isso, aprendemos que as realidades muitas vezes trazidas na teoria aparecem sim na realidade médica e o uso dos conceitos da medicina voltada na pessoa e da ética facilitam a relação

de nós, estudantes, e do médico com a família. Além disso, a partir desse atendimento, adquirimos novas informações por meio das pesquisas sobre a ayahuasca, conhecemos novos conceitos dentro da medicina, aprendemos, na prática, a importância dos princípios bioéticos e vimos também a necessidade de ter empatia e saber lidar com as angústias, bem como com as expectativas dos pais sobre o cuidado de seus filhos, ainda mais em uma conversa difícil.

Por fim, percebemos que essa vivência foi de suma importância para que pudéssemos abordar os conceitos teóricos e aplicá-los de modo prático, assim como para adquirimos a habilidade de lidar com situações difíceis, com os dilemas éticos e buscarmos entender as colocações do paciente, nos permitindo ter um olhar holístico sobre este, assegurando um bom atendimento. Sendo assim, essa experiência, além de nos render grandes aprendizados para situações futuras, nos aproximou de uma formação que vai além da prática biomédica, mas que nos possibilita uma abordagem voltada para o cuidado integral, garantindo uma melhor relação médico-paciente e, consequentemente, uma melhor adesão ao tratamento (Barletta,2011).

REFERÊNCIAS

[1] BIANCA BARLETTA, J.; DE SOUZA GENNARI, M.; CIPOLOTTI, R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. Psicologia em Revista, v. 17, n. 3, p. 396–413, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 nov.2022.

[2] BRASIL. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069compilado.htm. Acesso em: 21 nov.2022.

[3] SILVA, A. C., & Rezende, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira De Estudos Políticos**, 115.Disponível em:https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514. Acesso em: 21 nov.2022.

[4] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. **Skills for communicating with patients**. crc press, 2016.

[5] STEWART, Moira; et al.In: **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3 ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

CAPÍTULO

08 Conflitos institucionais e a formação de médicos humanizados

Nattan Afonso Rodrigues Mariano, Ana Clara Gondim Oliveira

A disciplina de ASRF VI, ministrada durante as atividades do sexto período do curso de medicina na Universidade federal de Uberlândia, tem como alguns de seus objetivos específicos "Registrar a importância do ambiente institucional e da liderança no trabalho em equipes médicas e/ou de saúde" e "Descrever a sintomática das paranoigenias institucionais e dos mecanismos corretivos". Esses conceitos, já abordados em sala de aula e trabalhados com os professores, muitas vezes se perdem durante a prática clínica dos alunos, pois muitos ambientes hospitalares possuem profissionais que não concordam com o modelo de educação pautada em princípios éticos e responsabilidade social.

Nesse sentido, a escolha do momento vivenciado se baseia nesse objetivo, uma vez que entendemos que ele ainda configura um desafio para muitos estudantes e profissionais do curso de medicina. Dessa forma, optamos por registrar um momento que ocorreu durante o nosso ambulatório de cirurgia há uma semana. Durante o atendimento de uma paciente que possuia muitas queixas, nós ouvimos toda a sua história e seus anseios, praticando o princípio da escuta ativa e empática, para tentar compreender as preocupações, necessidades e expectativas da pessoa que nos procurou.

Porém, quando fomos passar o caso para o professor e discutir com ele as condutas necessárias para um melhor atendimento, ele foi rude e criticou nossa abordagem, relatando que não sabemos fazer uma entrevista objetiva, pois queremos ficar escutando todos os problemas da vida dos pacientes. Além disso, ele disse que temos que perguntar apenas a queixa da paciente que nos diz respeito e que somos "pagos" para resolver, pois se deixarmos, os pacientes querem nos contar sobre toda a sua vida e que resolvamos todos as suas queixas médicas.

Durante aproximadamente 10 minutos, o professor ficou nos criticando pela forma como somos ensinados a atender na nossa universidade, uma vez que ele veio de outra instituição na qual eles eram ensinados a serem objetivos e práticos. Desse modo, segundo ele, não devemos deixar que o paciente nos conte mais do que precisamos saber, visto que não seria nossa função escutar os seus problemas e resolver queixas que não são do nosso ambulatório. Então, no caso dessa paciente, ele ordenou que eu apenas a instruísse a realizar o exame para avaliarmos a queixa cirúrgica e que explicasse a ela que não podemos resolver seus outros problemas, pois ela deveria procurar outro lugar para isso.

Durante a conversa com o professor, tentamos argumentar que é importante ouvir o paciente, pois eles nos veem como uma figura de autoridade e responsabilidade, para quem eles podem revelar suas preocupações. Também argumentamos que não teria problema explicar para a paciente a forma como ela poderia ter suas demais queixas solucionadas, orientando-a a procurar o serviço especializado naquela área. Porém, o professor ficou impaciente e começou a nos tratar mal, dizendo que nunca conseguiremos

atender de forma prática e que não temos que ficar insistindo nessa ideia de escuta ativa, pois isso não funciona na prática. Logo em seguida, ele foi ao consultório e não apenas foi rude com a paciente, como também não ouviu uma palavra do que ela tinha para dizer. Apenas ordenou que ela voltasse apenas com o exame na mão e que não ficasse tentando resolver todos os seus problemas com todo médico que visse, pois não era assim que funcionava.

Assim que o professor saiu da sala, conversamos com a paciente para tentar tranquilizá-la, uma vez que ela tinha ficado muito constrangida com o tratamento que recebeu. Pedimos desculpa e fizemos as orientações necessárias para a realização do exame que havíamos pedido, marcando um retorno para quando o exame estivesse pronto. Além disso, explicamos para ela que as queixas dela eram válidas e que ela devia procurar atendimento médico especializado para cada um daqueles problemas. Dessa forma, explicamos para ela como funcionava o serviço de encaminhamento do hospital e de que forma ela deveria procurar cada um desses atendimentos.

Dessa forma, acredito que nosso comportamento no momento foi o melhor que pudemos fazer, pois o professor não estava aberto a ouvir nossas sugestões e não teve paciência para escutar a paciente. Por isso, ficamos calados ouvindo suas críticas e depois fomos consolar e orientar a paciente da forma como fomos instruídos na nossa universidade.

Durante todo o ocorrido ficamos nos sentindo mal e com o sentimento de que estávamos sendo criticados pela forma como somos empáticos com o paciente, como se isso fosse algo ruim. Além disso, ficamos muito desapontados pela forma punitiva pela qual estávamos sendo educados, uma vez que o professor não estava tentando nos explicar a forma como devíamos realizar o procedimento, mas sim criticar a forma como somos ensinados e dizer que estamos fazendo errado e nunca vamos conseguir atender a quantidade de pacientes propostos no tempo que temos, pois desperdiçamos o tempo com coisas desnecessárias.

Nesse sentido, reforçamos que os mecanismos de liderança no trabalho de equipes de saúde e a sintomática das parogenias institucionais e dos mecanismos corretivos não estão se realizando de forma eficiente, pois muitos professores preferem impor suas ideias e tratar os alunos com mecanismos punitivos, que apenas criticam seus conhecimentos, sem intenção real de ensinar. Desse modo, essa questão de aprendizagem deve ser trabalhada de forma mais eficaz, pois o “ensinar” e o “saber” vão além da transmissão de conhecimentos de forma unidirecional, pois segundo o pesquisador francês Bernard Charlot “o conflito nasce quando o professor não ensina”.

Ainda de acordo com o mesmo pesquisador, temos um conceito de saber: “Chamo relação com o saber o conjunto de imagens, de expectativas e de juízos que concernem ao mesmo tempo ao sentido e à função social do saber e da escola, à disciplina ensinada, à situação de aprendizado e a nós mesmos". Desse modo, evidencia-se que a educação assume muitas formas, e que ela não deve mais ser realizada de forma unidirecional e punitiva, como foi por muito tempo, mas como uma forma humanizada de compartilhar conhecimentos e transmitir ideias, como não apenas um transmissor do conhecimento, mas com o professor assumindo o papel de facilitador do processo de aprendizagem do aluno.

Temos ainda que:

> Embora aprendizagem se faça de dentro para fora, não dispensamos a atuação do professor, mesmo vindo de fora. Aprendizagem é, profundamente, dinâmica relacional, como é a vida: não é dinâmica fechada, até porque dinâmica fechada é contradição nos termos (Demo e Silva, 2020).

Nesse prisma, evidencia-se o papel imprescindível do professor no processo de conhecimento, que deve ser realizada de forma dinâmica, empática e verdadeiramente instrutiva. Isso enfatiza a educação corretiva, mas não punitiva, em que o professor atua como uma figura de autoridade que compartilha seus conhecimentos com os alunos, mas também se permite aprender com eles.

Por fim, para justificar nossa ação para com a paciente, temos que, de acordo com o primeiro princípio fundamental do Código de Ética Médica "A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza" (CFM, 2018). Dessa forma, é de fundamental importância que os estudantes sejam instruídos da melhor forma possível sobre os melhores métodos de atuar na relação médico-paciente, para exercerem uma medicina não discriminativa, mas sim acolhedora e eficiente.

Além disso, de acordo com o artigo 4 da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

> É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (Ministério da Saúde, 2011).

Portanto, é imprescindível que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados, pois os alunos sairão mais preparados e confiantes de que estão sendo ótimos profissionais e que estão conseguindo ajudar as pessoas, motivo pelo qual muitos escolhem essa profissão. Nesse viés, o papel do professor nesse cenário é fundamental, pois ele é uma figura de autoridade e confiança dos alunos, além de ser essencial para o processo de aprendizagem, que deve ser realizado de forma instrutiva e humanizada.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdfAcesso em: 14 out. 223

[2] CHARLOT, Bernard. "O conflito nasce quando o professor não ensina". **Revista Nova Escola**, nº 195, outubro de 2006. Disponível em: http://revistaescola.abril.com.br/formacao/formacao-continuada/bernard-charlotconflitonasce-quando-professor-nao-ensina-609987.shtml Acesso em: 12 out 2023.

[3] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2019.Acesso em: 14 de out de 2023. Disponível em: https://bit.ly/3MbOz3i

[4] DEMO, P.; SILVA, R. A. Pedagogia do Amor. **Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 6, n. 2, p. 291-333, 2020. Disponível em: https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/Missoes/article/view/104558. Acesso em: 14 out. 2023.

[5] VIANA, M. J. B. . A relação com o saber, com o aprender e com a escola: uma abordagem em termos de processos epistêmicos. **Paidéia (Riberão Preto)**, v.12, n.24, p.175-183, 2002;

CAPÍTULO

09 O papel do estudante de medicina dentro do ambiente hospitalar

David Bento de Paula, Elis Machado Carbonell Dominguez

A vivência com pacientes dos alunos de medicina na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) é intensa desde os primeiros períodos da faculdade, o que resulta em uma coleção de situações que por suas particularidades geram necessidades e reflexões diversas sobre o autorreconhecimento de um ser estudante e não um profissional formado, como a que será relatada a seguir, refletindo principalmente sobre o papel do estudante de medicina.

Dentre as diversas experiências que tivemos no hospital, uma em específico me marcou. Acredito que isso se deve a situação em que meu papel como estudante de medicina foi posto em prova. Enquanto realizava uma coleta de entrevista de um paciente para a pesquisa que participo, junto das minhas colegas do curso de enfermagem, o acompanhante do paciente me chamou em particular e fez um questionamento. Ele relatou que levou seu pai (paciente) a uma consulta em outro hospital e que a médica sugeriu que um dos medicamentos prescritos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia fosse trocado por outro. Então ele me perguntou qual era minha opinião a respeito dessa mudança. Tive que pensar rápido e respondi que era estudante de medicina, mas que com certeza o caso do seu pai foi discutido entre os médicos do HC-UFU e que eles chegaram à conclusão de que o medicamento que foi prescrito era a melhor opção. Fiquei contente e satisfeita com a minha resposta, pois ao mesmo tempo em que respeitei meu papel de estudante, trouxe certo conforto ao acompanhante e ao paciente ao salientar que o caso dele foi discutido por uma equipe capacitada para tomar decisões. Contudo, de certa forma, não colaborar com uma opinião própria para o caso do paciente me trouxe sentimentos de ansiedade e incapacidade. Escolhi contar essa situação pelas reflexões que ela gerou em relação ao colocar-se no papel de estudante de medicina.

Diante da experiência relatada, fica o questionamento de qual seria o papel do estudante de medicina. É de suma importância que o estudante tenha contato com o paciente desde o início da sua caminhada na escola médica para a desenvoltura de uma boa relação médico-paciente. Ao longo do curso ele passa a dedicar menos tempo a um só paciente, preocupando-se mais com a aplicação dos conhecimentos técnicos que está adquirindo, por isso, no momento inicial da faculdade, interagir com o paciente é de suma importância. Segundo Porto (5) "*mais importante que diagnosticar, receitar ou operar é cuidar do paciente. E isso você (o estudante) pode fazer até melhor do que o Residente ou o Professor que é especialista na doença do seu paciente*". Reconhecer que a presença do aluno agrada o paciente e que melhora sua qualidade de internação pode contribuir para minimizar angústias, tais como as que senti, de ansiedade e incapacidade diante do questionamento que o acompanhante me fez. Uma pesquisa realizada com pacientes no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC–UFG) (2) mostra que mais de 90% dos entrevistados consideram a presença dos alunos como positiva e que os

principais sentimentos despertados pelos alunos nos pacientes foram de receptividade e alegria. Na situação relatada, é notável que houve uma demonstração de respeito e dedicação ao acompanhante sobre sua dúvida à respeito do fármaco no momento em que se colocou a escutá-lo, agindo conforme o livro "Código de Ética do Estudante de Medicina" "*III -Em seu relacionamento com o paciente, o estudante de medicina tem as seguintes obrigações: a. Demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano. b. Ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença*". Também é percebido um exemplo de paciência e calma para compreender a situação e o autorreconhecimento como estudante de que é vedado a fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta (*"II - É vedado ao estudante de medicina: [...] b. Assinar receitas ou fazer prescrições sem a supervisão e subscrição do médico que o orienta" Conselho Federal de Medicina, CFM*) além da consideração e apreço para seus colegas médicos que já haviam prescrito um medicamento mesmo que discordasse da decisão (*XVI -O estudante de medicina deve ter sempre para com seus colegas respeito, consideração e apreço que reflitam a harmonia da classe e o conceito que merecem na sociedade.).* Ou seja, diante da situação, eu, como estudante, fiz o que estava ao meu alcance, ouvi e tentei tranquilizar de que a conduta adotada para o seu pai foi tratada com atenção pela equipe do HC-UFU, sem que eu infringisse regras, como prestar assistência médica alterando a prescrição do paciente.

Conclui-se que enquanto estudantes nós devemos buscar cuidar do paciente, porém sem prestar assistência médica, o que não nos é permitido sem supervisão de um médico. Para tal, foi necessário inteirar-se dos princípios éticos que permeiam a relação médico-paciente, de forma a aprimorá-la da melhor forma possível durante a realização do curso de medicina, buscando uma interação pautada em respeito, empatia e escuta atenta. Ademais ao escrever o relato também tive contato com pesquisas que revelam o quanto os pacientes consideram a interação aluno-paciente positiva, o que me trouxe maior confiança em poder conversar com pacientes sem sentir que estou incomodando-os. Ler essa experiência colabora principalmente para que outros estudantes saibam agir diante de situações semelhantes e também para que ganhem maior segurança para conversarem com mais pacientes no hospital e assim, cada vez mais, aprimorarem sua relação com os pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício.- Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, p. 477-485, 2011

[2] JARDIM, Paulo César Brandão Veiga et al. O papel do aluno de graduação em Medicina no atendimento a pacientes de enfermarias de longa permanência de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 75-82, 2008.

[3] REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Editora Fiocruz, 2005.

[4] CARVALHO, Maria Dulce Santiago de. Comunicação de notícias difíceis na formação do estudante de Medicina: uma experiência utilizando o psicodrama. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

[5] PORTO, C. C. Exame clínico bases para a prática médica. 5ª edição. Rio de Janeiro: Ed. 2004.

[6] SIMON, Steven R. et al. Effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. **Journal of general internal medicine**, v. 15, n. 7, p. 457-461, 2000.

CAPÍTULO

10 Reflexões sobre a importância do pré-natal de qualidade na redução da mortalidade materna e perinatal: um relato de experiência na prática médica

Cinthya Alves Ferreira, Yasmin Emerick Ebeidalla

Na disciplina de Saúde Individual IV, componente curricular obrigatório do quarto período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, os estudantes têm o primeiro contato com os atendimentos ambulatoriais de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (GO) focados, respectivamente, em puericultura e consultas de pré-natal. Essa vivência é de extrema importância para os estudantes de medicina, visto que permite a nós, alunos, adquirirmos habilidades, conhecimentos, atitudes e posturas na prática médica relacionados aos cuidados com a saúde da mulher durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a saúde da criança, na assistência ao recém-nascido e à criança nos primeiros anos de vida.

Nesse sentido, esse relato tem o objetivo de abordar uma consulta ocorrida com uma puérpera de alto risco durante o ambulatório de GO. A paciente M.C.T de 34 anos, em sua segunda gestação realizou todo o pré-natal na rede privada, na 25ª semana foi ao Hospital MadreCor, em Uberlândia, queixando-se de intensas cólicas e sangramento vaginal excessivo. Foi diagnosticada erroneamente com Infecção do Trato Urinário (ITU) e liberada somente com prescrição de antibióticos. Descontente com a conduta dos profissionais e sem melhora dos seus sintomas, ela buscou uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI), onde foi rapidamente encaminhada para o HC-UFU. No hospital, recebeu o diagnóstico de útero bicorno, placenta prévia e feto com restrição de crescimento intrauterino. A paciente foi internada e uma cesárea de emergência foi realizada.

Durante nossa entrevista, pareceu clara a conduta inadequada dos profissionais que a acompanharam durante seu pré-natal, o que foi algo bem impactante e marcante para nós, tendo em vista que os protocolos fundamentais e imprescindíveis como a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico não foram seguidos e os exames complementares foram mal avaliados, culminando em um caso de iatrogenia. Dessa forma, levantamos a seguinte questão: o que poderia ser feito durante a formação médica e na prática dessa profissão para evitar, ou ao menos minimizar, erros como este?

Buscando respostas, nós percebemos que há uma ineficácia na qualidade do serviço em saúde ofertado, ressaltando-se que essa grávida deve ter passado por mais de um profissional da área da saúde em um atendimento hospitalar, o que torna o caso relatado bem grave. Isso nos leva a uma reflexão de que para se proporcionar um atendimento integral e de qualidade, todos os profissionais do serviço, desde o recepcionista até o enfermeiro e o médico, devem trabalhar em conjunto para maximizar a atenção, a escuta ativa, o cuidado e a prática de comunicação e informação adequadas com a paciente e suas necessidades.

Diante desse contexto, nós inferimos que há uma deficiência na cobertura e no padrão de qualidade das consultas de pré-natal, pois no Brasil, dados mostram que o coeficiente de mortalidade materna é de 44,4 para cada 100 mil nascidos vivos, sendo as

principais causas de morte materna: gravidez que termina em aborto (10,1%), mortes maternas por causas obstétricas diretas (73,1%) e mortes maternas por causas obstétricas indiretas (16,8%) (Brasil. MS.,1999). Fato que afeta diretamente a vida das mães e dos bebês, causando não só prejuízo no momento atual, como também diversos problemas futuros, como ocorrido com a nossa paciente.

Sendo assim, aprendemos que como futuras médicas devemos estar aptas a realizar um pré-natal de qualidade buscando sempre o princípio da beneficência e não maleficência à paciente, porque sabemos que a assistência de qualidade ao pré-natal durante a gestação é um fator de redução da mortalidade materna e perinatal. E isso ocorre, pois, muitas patologias que acometem a gestação e o puerpério podem ser controladas ou tratadas durante o pré-natal, evitando assim, complicações futuras durante a gestação, durante o parto e no período puerperal, além de complicações que também podem afetar o recém-nascido (Oba, 2000). Portanto, com base no exposto, aprendemos que como futuras médicas devemos estar aptas a realizar um pré-natal de qualidade buscando sempre o princípio da beneficência e não maleficência à paciente.

Ademais, pensando em uma possível solução para a nossa reflexão apresentada, é imprescindível que haja uma melhor formação dos profissionais de saúde, não somente pelo modelo tradicional de educação em saúde, como também pelo ensinamento dos saberes populares, respeitando-se os valores e a cultura de cada indivíduo, bem como de sua comunidade (Penna, 1999). Valorizando dessa forma, as reais necessidades dos pacientes, sobretudo da mulher grávida, de modo a assisti-la integralmente, fazendo com que ela também faça parte das escolhas e condutas do seu pré-natal e de seu plano de parto.

Desse modo, frente ao caso sentimos certa impotência, visto que após os erros cometidos pelos profissionais que deveriam ajudá-la, não há nada que pudéssemos fazer para reverter os prejuízos e danos causados. Concomitante a isso, sentimos também a necessidade da humanização da prática médica e o exercício da humildade como característica profissional, pois se o primeiro médico que acompanhou nossa paciente durante o pré-natal houvesse feito seu atendimento de forma humanizada e centrado a consulta na paciente, ele reconheceria que não estava apto para realizar o pré-natal e a encaminharia para um outro profissional mais capacitado, evitando-se, assim, as intercorrências ocasionadas. Portanto, acompanhar esse caso serviu para que tiremos proveito de nossa formação médica, especialmente da parte prática do atendimento centrado na pessoa que faz parte do currículo da disciplina de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas.

Diante do exposto, respondendo a nossa dúvida — “do que poderia ser feito durante a formação médica e na prática dessa profissão para evitar, ou ao menos minimizar, erros como este?" — aprendemos que existem atitudes a serem tomadas com caráter resolutivo. Dentre essas ações, destacamos a realização de uma rotina de pré-natal adequada permitindo prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, garantindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Também compreendemos a necessidade de um maior investimento educacional para que a formação dos profissionais de saúde seja mais capacitadora e guiada pela medicina baseada em evidências, assegurando que as decisões sejam tomadas com base nas evidências científicas mais atualizadas, confiáveis e seguindo os protocolos para minimizar a ocorrência de erros. Por fim, percebemos a importância de o médico reconhecer seus limites e aceitar não ser o detentor total do conhecimento, delegando e

encaminhando casos não resolutos para alguém mais capacitado, buscando sempre honrar o Princípio Hipocrático da não maleficência ao paciente.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas de saúde da mulher/mortalidade materna.**[on line] http:// datasus. Saude.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/ dxbr.def, 01/04/1999.

[2] Drumond JGF. **Bioética e direito médico: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico.** Unimontes Científica [Internet]. 2001 [acesso 22 nov 2021];1(1):1-8. Disponível: https://bit.ly/3BtPtpJ **» https://bit.ly/3BtPtpJ**

[3] Moura, Escolástica Rejane Ferreira e Rodrigues, Maria Socorro Pereira. **Comunicação e informação em Saúde no pré-natal.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2003, v. 7, n. 13 [Acessado 29 Novembro 2022] , pp. 109-118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200008>. Epub 17 Fev 2009. ISSN 1807-5762. **https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200008**.

[4] Oba, Maria das Dores do Vale e Tavares, Maria Solange Guarino. **Aspectos positivos e negativos da assistênca pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP.** Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2000, v. 8, n. 2 [Acessado 29 Novembro 2022] , pp. 11-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000200003>. Epub 04 Jul 2005. ISSN 1518-8345. **https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000200003**.

[5] Penna, Lucia Helena Garcia, Progianti, Jane Márcia e Correa, Luiza Mara. **Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré - natal.** Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 1999, v. 52, n. 3 [Acessado 29 Novembro 2022] , pp. 385-391. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000300008>. Epub 19 Set 2014. ISSN 1984-0446. **https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000300008**.

CAPÍTULO

11 De volta à pediatria: lições de confiança e humanidade

Beatriz Iolanda de Sene Ferregutti Pinheiro, Nara Conceição Silva Pinto

Depois de uma breve experiência atendendo na pediatria do 4° período e um conturbado 5° período com pouco contato com pacientes pediátricos, nós voltamos a atender no 6° período no ambulatório de pediatria. Estávamos ansiosas por esse momento, pois lembravamos da sensação gratificante após as consultas. Diante isso, levando em consideração a aquisição de conhecimentos, não somente médicos, mas éticos, morais, tendo como pilar o respeito pelo processo de saúde e adoecimento de um ser humano, a vivência escolhida por nós ocorreu ao longo de 50 dias, quase semanalmente, às terças no ambulatório de pediatria do Hospital de Clínicas da UFU.

Ao longo do período, atendemos uma paciente de 05 anos de idade, que a priori se apresentava com receio logo ao nos avistar de jaleco branco, mas descobrimos que essa atitude temerosa era proveniente de inúmeros exames e internações realizadas nos dias que antecederam nosso primeiro atendimento. Nesse momento, ficamos bastante receosas em como conduzir um atendimento de qualidade diante tal situação, já que a paciente não nos deixava examina-lá, mas mesmo assim encaramos a situação e demos prosseguimento a consulta pois tínhamos como objetivo promover uma relação de confiança com nossa paciente (Cruz. J, 2008) .

Inicialmente foi levantada a hipótese de doença de Kawasaki, devido às alterações coronarianas, típica desse quadro de vasculite sistêmica, de etiologia desconhecida, mas que também era compatível com vasculite de etiologia viral. Ainda durante a investigação, fez-se sorologia para doenças com sinais e sintomas parecidos, sendo esse de artralgia há 2 meses, exantema em tronco e membros, sinovite e febre diária, de predomínio vespertino. Haviam outras alterações hematológicas típicas que acometimento infeccioso e inflamatório, como leucocitose, trombocitose, anemia, entre outros.

A paciente em questão apresentou sorologia positiva para infecção recente para Chikungunya, o que poderia justificar o quadro em questão, mas não foram descartadas outras hipóteses ainda possíveis na observação clínica da paciente. Em todo momento fomos orientadas por nossa preceptora Dra. Lourdes, cardiologista pediátrica, que nos fez sentir incluídas no processo de investigação da etiologia da doença, ainda que com conhecimentos limitados em posição de estudantes. Além disso, durante todo o processo ela nos explicou as hipóteses e possíveis condutas.

Ao longo desses dias, fomos imersas em questões que envolviam dúvidas médicas, por não se ter um diagnóstico “fechado”, o que nos impulsionou como estudantes a estudar o caso e formar um raciocínio a respeito da enfermidade da paciente que atendemos Nesse contexto, sentimos dúvidas e até medo de não conseguir suprir as demandas do caso, mas percebemos que esse sentimento é recorrente no ato de aprendizagem médica e até, possivelmente, no exercício da medicina. Assim, percebemos

o quão importante é trabalhar em equipe e que em trabalho conjunto conseguimos fornecer o melhor para o paciente (Trindade, 2013).

Visto isto, acreditamos que essa situação nos ensinou a buscar, ao máximo, nos aprimorarmos quanto futuras médicas, para chegar a um diagnóstico adequado para o paciente e para tratá-lo adequadamente. Mas não somente isso, essa situação nos fez perceber que existem e existirão dúvidas no processo de adoecimento de uma pessoa. Percebemos que não devemos tratar a doença, que pode se manifestar de formas distintas, a depender do indivíduo, mas sim o paciente. O médico íntegro praticará uma medicina centrada na pessoa doente e alicerçada nos valores éticos contidos no Juramento Hipocrático e nos códigos deontológicos tradicionais. Tal como se encontra expresso no aforismo atribuído a Hipócrates, "a saúde do meu doente será a minha primeira preocupação" (Cruz. J, 2008).

Portanto, percebemos que nossa estratégia deve ser focada em nos preocupar com o bem estar, os sentimentos, e buscar esclarecer dúvidas, acalentar, acolher e tratar de forma digna e humana todos aqueles que cruzarem nossos caminhos (Cruz. J, 2008). Visto isso, ficou claro para nós duas a necessidade de melhorar nossa forma de conduzir situações de estresse na pediatria, em que o paciente se torna muito choroso e inquieto para que o nosso atendimento não seja prejudicado. Desse modo, acreditamos que o melhor caminho é buscar manter a calma e organizar nossos pensamentos diante a situação, analisando as melhores formas de acalmar o paciente e aos poucos conquistar sua confiança. Por fim, acreditamos que precisamos melhorar nossa convicção diante de nossa bagagem clínica, para podermos nos sentir úteis em outros estágios assim como sentimentos diante desse caso.

REFERÊNCIAS

[1] CRUZ, J. **A integridade do médico: uma virtude ética indispensável.** Revista Brasileira de Bioética, *[S. l.]*, v. 4, n. 3-4, p. 143–155, 2008. DOI: 10.26512/rbb.v4i3-4.7882. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7882. Acesso em: 17 out. 2023.

[2] TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. **O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 2, p. 167-177, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/03.pdf> Acesso em: 27 set. 2019.

CAPÍTULO

12 Desafios éticos e dilemas na construção de uma entrevista médica em uma enfermaria: um relato de experiência

Luis Gustavo Freitas Castro

A introdução do estudante de medicina no ambiente hospitalar desde o início das atividades acadêmicas, marcada pela reforma curricular do curso, é de extrema importância para uma ampliação das habilidades de estabelecimento de uma relação médico-paciente, que é a base da prática clínica. Graças a essa ampliação do tempo de contato com o paciente ao longo da formação, o futuro médico apresenta mais oportunidades para a construção de um pensamento crítico pautado no entendimento que a doença não é um fenômeno isoladamente biológico, mas, sim, algo que abarca diferentes dimensões do indivíduo, em um viés biopsicossocial. Trata-se de uma relação centrada no paciente, respeitando a integridade do profissionalismo em saúde embasado nos princípios do bem-estar, da autonomia e da justiça social (Abim Foundation, 2022), zelando pelo absoluto respeito pelo ser humano, de modo a atuar sempre em seu benefício. Dessa forma, escolhi como momento de reflexão as práticas de semiologia no cenário das enfermarias ocorridas no 2º período do curso, visto que foi uma ocasião de aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos nos eixos de Saúde Coletiva e Atividades, Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) até então, que acredito ser de grande valia em nossa formação.

Quando entramos no curso de medicina estávamos em plena pandemia do Covid-19, com todas as aulas ocorrendo no formato online e as práticas estavam suspensas. Assim, não tivemos praticamente nenhum contato com o hospital universitário e com o campus, restringidos a apenas conhecimentos teóricos. Contudo, no 2º período, com o início da matéria de semiologia – onde aprenderíamos sobre a construção de uma anamnese e sobre as peculiaridades do exame físico de cada sistema do corpo humano – as práticas na enfermaria foram retomadas, seguindo todos os protocolos de biossegurança. Nessa perspectiva, depois de algumas aulas teóricas em sala de aula para o ensino da ferramenta de anamnese e da contextualização de funcionamento e logística da enfermaria de clínica médica/ medicina interna, fomos as tão esperadas aulas práticas. Quando chegamos no local, que fica no 3º andar no hospital, foi como se estivesse em um outro mundo, impossível descrever com exatidão todo o turbilhão de sensações e emoções que habitava meu interior naquele momento. Jazia de felicidade, ansiedade, nervosismo, alegria, empolgação e insegurança. Nunca havia estado no presente âmbito antes. Ao vestir e abotoar o jaleco, veio um sentimento acompanhado de um pensamento: havia escolhido a profissão certa, não havia outra.

Neste local, havia pessoas internadas por diversas patologias neurológicas, cardíacas, hepáticas e algumas delas até o momento desconhecidas. O professor dividiu o grupo em duplas e direcionou cada um para um leito, a fim de conversar com o paciente e praticar a comunicação e a coleta de anamneses. A nossa dupla chegou até a porta de entrada do quarto, onde estava o leito, o professor entrou primeiramente sozinho, avisou a paciente e sua acompanhante que iríamos entrar, pedindo também sua autorização, e

depois nos chamou. Assim, ao caminhar até a paciente um sentimento de ansiedade tomou conta, era algo novo e diferente, a insegurança havia assumido o controle do meu íntimo. Ao se aproximar da paciente, ocorreu o famoso "branco", não sabíamos o que perguntar. Logo perguntamos seu nome e idade, e, depois, sobre suas patologias. Mas, havíamos esquecido de nos apresentar, falar quem somos e porque estamos ali, esquecemos daquilo que é fundamental para a criação de um vínculo médico-paciente (Silverman; Kurtz; Draper, 2016). Em virtude disso, a presença do professor foi fundamental para nos orientar e nos ajudar no desenvolvimento de nossa confiança para conduzirmos a entrevista da melhor forma possível.

Com o decorrer da entrevista médica a ansiedade que pairava no início gradativamente desapareceu e um sentimento de segurança cresceu, pois percebi que nosso aprendizado adquirido em aula e no livro do Porto (2009) conseguiam auxiliar na condução do diálogo de maneira holística. Por meio da prática na enfermaria ficou evidente a necessidade de aprendizagem e aprofundamento dos conteúdos relacionados à comunicação, visto que muitas das perguntas indicadas nos livros para serem feitas durante a entrevista, na prática, precisam ser adaptadas a fim de que haja entendimento. Ademias, é difícil prever o caminho que a conversa seguirá, assim, os roteiros de anamnese dificilmente são seguidos de maneira rígida. Com isso, ficou claro que, por mais que eu estude e me prepare, cada entrevista é única e haverá sempre algo para se aprender com aquele momento, pois os pacientes são diferentes e carregam consigo impressões únicas da realidade.

Além disso, durante a entrevista, ao abordar assuntos relacionados com fatores sociais, como habitação e vínculos familiares, percebi que as vicissitudes da paciente não estavam limitadas apenas à doença, pois a falta de qualidade de vida dela e de sua mãe/acompanhante – que dedicava sua vida a sustentar os gastos domésticos e cuidar da filha, portadora de uma condição genética rara conhecida como osteogênese imperfeita – eram precárias e a falta de apoio dos familiares próximos, como também do pai da paciente, tornavam-se um agravante de sua condição. Assim, notei que há uma necessidade de aprender e desenvolver uma medicina holística pautada, não só no cuidado da doença, mais, sim, no cuidado da condição humana, que é biopsicossocial.

Ademais, nesse mesmo viés, percebi que, embora a paciente possuísse muitas dificuldades e limitações, ela era alegre e sorridente. Quando perguntei a mãe se a filha era sempre assim, ela respondeu que sim, que sempre encarava a vida feliz e com um sorriso. Assim, esse acontecimento me fez refletir muito sobre o quanto possamos estar sendo superficiais em nossas vidas. Quase sempre reclamamos quando o curso dos acontecimentos não ocorre exatamente da forma como queremos. Estamos constantemente buscando nos diferenciar das demais pessoas por meio das ostentações de bens materiais e por meio de representações (títulos, posições sociais, fama etc.), sempre buscando alcançar uma forma de felicidade. Porém, esta é um bem cujo valor não se encontra no mundo, mas, sim, em si mesma.

Quando nos perguntamos "por que ser feliz?" temos dificuldade em responder, pois não há algo no mundo que motive a busca pela felicidade, só a queremos – um fim em si mesma. Arthur Schopenhauer (2002) diz que a felicidade está naquilo que somos, uma felicidade que é gerada no próprio ser. Acredito que isso esteja relacionado com a qualidade do tempo em que vivemos, felicidade como instantes de vida que valem a pena viver. Muitas vezes passamos a vida almejando bens e realizações que não temos, sem perceber e valorizar o que já possuímos. Existe até um ditado popular que diz que a grama do vizinho é sempre mais verde, uma ideia que criamos de que aquilo que se encontra

distante é mais atraente. Criamos em nós uma percepção de vazio e buscamos incessantemente preenchê-lo com coisas que não temos. Passamos a vida sem perceber que a felicidade se encontra nos pequenos momentos que passamos com as pessoas que gostamos e, por fim, não valorizamos o que já possuímos. O mundo exige de nós velocidade, eficiência e rendimento, com isso muitas vezes esquecemos de desacelerar para aproveitar os pequenos momentos, aproveitar o presente. Perdemos a qualidade do sono, a qualidade alimentar e a qualidade de um bom diálogo, para investir o que temos de mais precioso, o tempo, para conquistar algo que muitas vezes pode ser encontrado em nós mesmos.

Nesse viés, de modo metafórico, essa paciente não foi escolhida por mim, mas ela que me escolheu. Pois, muitas lições foram aprendidas naquele dia. Muitas reflexões foram feitas. Ela, embora possuísse muitos problemas, encarava a vida com leveza e bom humor. Durante a entrevista não percebemos ela reclamar, demonstrar tristeza ou raiva pela sua condição, mesmo de suas dificuldades para caminhar e segurar objetos, até quando perguntamos sobre os empecilhos vivenciados no dia a dia e em casa com o restante da família. Em vez disso, ela sempre procurava ver a vida de uma perspectiva positiva, sendo grata pelo que ela possuía, pelo amparo físico e emocional de sua mãe e por poder fazer o que gostava.

Retomando a questão do aprendizado médico, acredito que a mudança curricular do curso de medicina trouxe uma amplificação da possiblidade de aprendizagem e formação ética e humanística, pois a doença não deve ser a protagonista da narrativa, mas, sim, o indivíduo. Assim, percebo que um maior destaque ao aprendizado pautado em discussões e debates de dilemas bioéticos, como também simulação de atendimentos difíceis, compreensão mecanismos de transferência e contratransferência e entendimento do que é normal e do que é patológico na sociedade, são fundamentais para o preparo e amparo do estudante de medicina ao longo de sua formação e, posteriormente, vida profissional, a fim de desenvolver um médico digno e capaz de acolher o paciente e a sua bagagem emocional e social.

Portanto, a experiência vivenciada foi desafiadora, porém foi um momento de grande aprendizagem e reflexão. A partir disso, pude estreitar a relação e entender de uma maneira frugal o porquê os conhecimentos desenvolvidos no ASRF e na Saúde Coletiva são importantes. Esse encontro me permitiu trabalhar, além do conhecimento de anamnese, a questão da empatia, do profissionalismo médico e da percepção que todos somos seres humanos, embora haja diferenças. Assim, valorizei a oportunidade para poder refletir sobre as responsabilidades que terei como futuro médico, como também sobre como encaro minha própria vida. Essa experiência que muito me impactou, ficará marcada para futuras situações durante a faculdade e a vida profissional, ela me mostrou a importância de uma bagagem intelectual, social e psicológica, além de disposição, para maximizar os aprendizados que a experiência prática nos proporcionará, durante o contato com os diversos pacientes que teremos ao longo da vida profissional.

REFÊRENCIAS

[1] ABIM FOUNDATION. **Medical Professionalism in the New Millennium**: a physician charter. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 136, n. 3, p. 243, 5 fev. 2002. American College of Physicians. http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-3200202050-00012.

[2] PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 6.ed. Guanabara Koogan, 2009.

[3] SCHOPENHAUER, A. **Aforismos para a sabedoria de vida**. Trad. Jair Barboza. SP: Martins Fontes, 2002.

[4] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. **Skills for communicating with patients**. crc press, 2016.

CAPÍTULO

13 Ecos do passado: a realidade oculta da saúde mental pós-reforma psiquiátrica

Júlia Marques Preto

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, em que foi proposta a lei 10.216, a qual foi aprovada somente em 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que legitimou a humanização com proteção e garantia de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. A partir dessa lei, novos serviços foram estruturados a fim instituir um trabalho transdisciplinar, anti-asilar e que aprimoraram a autonomia do sujeito (Boarini. 2020).

Diante disso, entende-se que os manicômios, tanto físicos quanto reproduzidos socialmente, não deveriam mais existir em nossos meios de cuidado em saúde mental, porém, não é isso que se percebe na realidade, como foi minha experiência na Unidade de Internação em Saúde Mental. A partir disso, minha vivência narrável pode ser sintetizada pela frase da pioneira na terapia ocupacional e referência para mim no cuidado afetivo, Nise da Silveira: "É necessário de espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade". Começarei pelo *espanto*.

Ao entrar na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), durante a semana de recepção dos calouros, pude participar da apresentação do campus e do Hospital das Clínicas da UFU (HC-UFU). Nessa visitação, passamos pela Unidade de Internação em Saúde Mental e uma das estudantes que guiava nosso percurso falou: "É um lugar que ninguém gosta muito de entrar, vocês não vão ficar muito lá dentro", algumas semanas depois, pude compreender aquela fala. No meu segundo mês de aula, conheci uma das profissionais que trabalhava diariamente naquela unidade de internação (assistente social), combinamos uma tarde e fui conhecer com meus próprios olhos a realidade que se passava dentro daquele espaço tão escondido e cheio de estigmas.

Cadeado no portão, protocolos, restrições e isolamentos. Essas foram minhas primeiras impressões. Voltei outras vezes para a Unidade de Internação em Saúde Mental e cada visitação me marcou de maneira única. O contato com os pacientes, a conversa acolhedora e a observação cuidadosa me mostraram que a realidade, muitas vezes pintada de uma fantasia encantadora, vai se revelando na sua dureza, imutabilidade, indiferença nas suas burocratizações.

Afinal, de que serve um projétil de concha acústica naquele espaço se nunca é utilizado para apresentações teatrais e exposições musicais? De que servem os lápis coloridos se a única coisa que podem fazer com eles é pintar desenhos impressos? Onde cabe a individualidade de cada um? Como os sujeitos podem se expressar se não há meios para isso? Como o ambiente da internação vai acalentá-los se toda a dinâmica e cronograma que possuem só causa mais aflição e ansiedade?

Todas as experiências me doeram e me trouxeram grande *indignação*: como essas formas de cuidado pautadas na lógica manicomial impactam no cuidado dos pacientes/clientes?

Ainda nesse primeiro contato com o espaço de internação, conheci a paciente/cliente que chamarei de "B.". Naquela tarde, eu tinha muitas perguntas e curiosidades para a assistente social que me guiava, mas ela, sabiamente, me levou até B. e falou para conversarmos - a profissional acreditava que aquela paciente/cliente conseguiria me fazer entender melhor sobre aquele lugar.

B. é uma mulher jovem adulta, psicóloga, muito empática e culta. Ela me falou sobre seu processo até a internação: tinha sido diagnosticada com esquizofrenia e depressão há alguns anos e, recentemente, durante período de crise, tentou suicídio com cortes profundos nos dois pulsos. Foi levada até o pronto socorro do HC-UFU e a primeira violência ocorreu ali, quando o médico plantonista que a atendeu disse: "Estar aqui com você é uma perda de tempo. Você é uma perda de tempo. Enquanto tem tanta gente querendo viver, você está aqui querendo acabar com a própria vida". Em seguida, a segunda violência: B. reclamou de dor durante a sutura, a qual foi realizada sem nenhuma anestesia, e o que recebeu como resposta foi: "Se você aguentou a dor do corte, vai ter que aguentar essa dor também." Depois disso, B. foi internada na ala psiquiátrica. Quando a conheci, já estava lá há aproximadamente uma semana.

Após nossa conversa, minha indignação se acentuou, a falta de empatia dos profissionais da saúde durante aquela situação me constrangeram e me inquietaram. Continuei nossa conversa buscando construir uma escuta ativa, em que B. me contou sobre seus sentimentos diante o ocorrido e sobre algumas características no espaço de internação que ela não considerava adequadas, como a falta de privacidade e períodos de ócio excessivos.

Diante desse encontro que vivenciei, refleti muito sobre a constituição da Unidade de Internação em Saúde Mental pois, apesar de termos vivenciado mudanças positivas após a reforma psiquiátrica, o manicômio ainda estrutura-se para além das edificações, seja pela medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória e até pela higienização urbana; ou seja, o manicômio ainda é reproduzido nas nossas relações sociais.

O manicômio social controla os corpos e as subjetividades, silenciando e oprimindo aqueles que provocam incômodo na estrutura da sociedade. Essa forma de controle pode perpetuar também na formação do conhecimento e nas práticas de cuidado, como por exemplo na manutenção dos estigmas sobre as pessoas em sofrimento mental, em que há culpabilização da vítima e falta de acolhimento, como foi retratado por B. durante seu atendimento no Pronto Socorro. Ademais, as práticas de despersonalização durante as internações também mantêm a alienação dos indivíduos em sofrimento mental, como pela negligência ao não estimularem a expressão da subjetividade dessas pessoas e também pela quebra de rotina e perda do referencial (Soares, 2011).

Perante a experiência, reconheço como necessidade de aprendizagem a capacitação para o atendimento de pacientes psiquiátricos com empatia e humanização, além disso, percebo como essencial a busca por métodos de cuidado das pessoas na internação que prezem pela ressocialização dos indivíduos.

Analisando as últimas pesquisas sobre o assunto, percebe-se que o suicídio permanece um desafio para os profissionais que lidam com essa demanda,

principalmente por conta dos hiatos na formação prossional para realizarem o rastreio, identificação precoce das ideações suicídias e o tratamento holístico dos indivíduos nessas situações. Por conta disso, seria necessário introduzir formação continuada aos profissionais que envolvesse o preparo para lidar com tentativas de suicídio; concomitantemente, a realização de pesquisas qualitativas analisando as condutas profissionais nesses casos seria de enorme valor científico para criação de políticas públicas mais efetivas no manejo desses pacientes. (Stoppa, 2020).

Além disso, como consta na Lei 10.216/01, o tratamento dos sujeitos com transtornos mentais deve visar a reinserção social, e o tratamento em regime de internação deve oferecer assistência integral com inclusão da assistência ocupacional e de lazer; diferentemente do que foi observado no relato. Para mudar esse quadro, seria necessário um maior diálogo intersetorial entre os serviços da rede de atenção psicossocial e saúde mental para promover ações multidisciplinares nessa área que garantissem o cuidado psicossocial e antimanicomial. (Pessoa, 2016).

No lugar de estudante de medicina, repensar sobre a experiência vivida na Unidade de Internação em Saúde Mental, me proporcionou muitas reflexões e me *contagiou* a buscar novos conhecimentos que pudessem impactar naquela realidade observada. A partir das necessidades de aprendizado, percebo que para alcançar o cuidado em saúde empático e humanizado e para garantir que os espaços de internação prezem pela ressocialização dos indivíduos, além dos pontos listados acima, algumas capacitações durante a educação médica são essenciais.

Como exemplo disso, a maior valorização de matérias e eixos da grade curricular que insiram a humanização nos cenários de ensino de prática médica como parte da cultura institucional (RIOS,2015); ademais, a promoção de projetos de extensão que levem atividades terapêuticas aos locais de internação, são também formas de criar vínculo e maior empatia com a realidade dos pacientes psiquiátricos desde a graduação.

REFERÊNCIAS

[1] BOARINI, Maria Lucia. A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 20, n. 47, p. 21-35, abr. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2022.

[2] Maia, Ari Fernando e Gradella, Osvaldo. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021, v. 19 [Acessado 17 Maio 2022] , e00312144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00312>. Epub 13 Nov 2020. ISSN 1981-7746. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00312.

[3] Pessoa, João Mário et al. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. **Escola Anna Nery** [online]. 2016, v. 20, n. 1 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 83-89. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160012>. ISSN 2177-9465. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160012.

[4] Rios, Izabel Cristina e Sirino, Caroline Braga.A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2015, v. 39, n. 3 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 401-409. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00092015.

[5] **Saúde mental: tratamento deve visar a reinserção social dos pacientes, diz a lei**, Senado Federal, disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2011/08/11/tratamento-deve-visar-a-reinsercao-social-dos-pacientes-diz-a-lei>. acesso em: 2 dez. 2022.

[6] SOARES, Rhaisa G. et al. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.4, p.635-645. 2011.

[7] STOPPA, Robertha Gabardo; WANDERBROOCKE, Ana Cláudia Nunes de Souza; AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 65-80, dez. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 dez. 2022. http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1065

CAPÍTULO

14 Repensando a educação médica: uma jornada de transformação

Júlia Marques Preto

A loucura, ao longo da história, assume várias maneiras de interagir com a cultura predominante. Essa interação permeia a experiência humana e demanda ajustes contínuos para lidar com algo que, ao mesmo tempo, parece estranho e familiar. No século XVIII, marcou-se obstinadamente a loucura enquanto uma identidade única, objeto do saber médico, representada como doença mental, consequentemente, passível de cura. No início da década de 70, Franco Basaglia foi o pioneiro no movimento da Psiquiatria Democrática, em que denunciou a negação da dignidade humana reservada às pessoas com sofrimento mental e promoveu a desinstitucionalização, como processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomiais (Serapioni, 2019).

No último ano, tive a oportunidade de somar a um projeto de extensão que desenvolve oficinas terapêuticas na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia (UISM - HCU). Assim, semanalmente participo das atividades terapêuticas expressivas, recreativas e culturais, com intuito de valorização da subjetividade e de reconstrução de identidades dos usuários em internação. Apesar da motivação da equipe em implantar um modelo pautado na Reforma Sanitária, tanto a estrutura física do local, como alguns mecanismos de encaminhamento do serviço de saúde ainda reiteram o modelo hospitalar de assistência (Amorim, 2009).

Pensando nisso, as oficinas terapêuticas buscam também criar novas perspectivas de inserção na sociedade ao estimularem a autonomia, participação popular e gestão participativa dos usuários (Chiarella, 2015). Dessa maneira, em maio, no mês da luta antimanicomial, eu e minha dupla idealizamos a seguinte atividade: iniciar a oficina falando sobre a luta manicomial e, a partir disso, propor pintura/desenho em cartolina do que eles entendem sobre a loucura.

Logo de início, ao começar minha fala sobre loucura, dois usuários se expressaram mais exaltadamente: o paciente R., relacionando a loucura com os seus antigos hábitos de etilismo, tabagismo e uso de outras drogas, e M., relacionando com seus excessos de ira e violência. Usei o ditado popular: “De médico e louco todo mundo tem um pouco” para começar uma discussão sobre a construção social da loucura e logo fui surpreendida por uma pergunta de R.: “Eu já fui preso, já usei crack, cocaína, heroína, já matei...minha loucura sou eu mesmo, demais, várias vezes. Mas e você, qual a sua loucura?”, enquanto pensava na resposta, o paciente L. respondeu prontamente: “a loucura dela é ter perdido anos estudando para entrar em medicina e ainda viver anos na faculdade só nessa loucura para sair de lá e ter que estudar ainda mais.”

Diante da resposta de L. fiquei atônita, dentre muitas “loucuras” aquela não havia passado pela minha cabeça, foi um misto de sensações: me senti instigada, apreensiva, alarmada. Afinal, quais padrões da medicina e do ensino médico, que muitas vezes são vistos com normalidade pelo meu olhar, são percebidos como loucura para quem vê por

fora da bolha? Após a resposta de L., os usuários ali presentes começaram a indagar sobre a preparação para o vestibular e sobre a rotina universitária, mostrando certo espanto e assombro ao descobrirem, por exemplo, que muitos alunos passaram até 5 ou 6 anos em cursinhos preparatórios para adentrarem na universidade, ou que o uso de drogas e medicamentos estimulantes era comum para que muitas pessoas mantivessem o desempenho acadêmico.

Pela lente da sociedade ocidental, em que há um imaginário social do ser louco que vivencia uma experiência alienada com a realidade, em que a loucura é associada a sentimentos depreciativos, pensei comigo: quem seria mais louco nessas circunstâncias? A minha "loucura" era apenas mais aceitável socialmente que a de alguns dos presentes na internação. A partir desses questionamentos, escolhi essa situação para servir de embrião para maiores discussões que questionem certos padrões da educação médica vigente e que, assim, possamos vicejar uma formação saudável e, se louca, que seja no sentido reformático, daquele que luta contra a hegemonia do saber médico.

De volta à oficina, após conversarmos com os usuários sobre a percepção de loucura que eles possuíam, realizamos a atividade de pintura e desenho e oferecemos espaços de escuta ativa individual com eles. Durante a oficina, fiquei reflexiva sobre a maneira que havia conduzido a oficina, naquele momento não soube justificar - ou refutar - de uma melhor forma a questão da minha "loucura acadêmica", foquei, portanto, em trazê-los para a discussão e fornecer minha escuta ativa para o que tinham a dizer. Após finalizado o momento de recreação, saí da UISM com a seguinte demanda de aprendizagem: "Como os padrões da educação médica vigente são percebidos como 'loucura' por pessoas fora dessa bolha e como isso pode levar a uma reformulação do sistema de ensino médico?".

A partir dessa situação, a percepção da educação médica por pessoas fora da área de saúde e suas implicações são aspectos cruciais que tenho explorado em minha jornada como estudante de medicina nos últimos meses. Essa análise me conduziu a um entendimento mais profundo das experiências dos estudantes e dos desafios associados à alta carga horária, pressões e hierarquia no campo da educação médica. Esta reflexão me permitiu perceber como o atual modelo de ensino é frequentemente visto como algo que beira a "loucura" por aqueles que estão fora dessa esfera. Isso ocorre porque a complexidade do conteúdo, o ambiente hospitalar e a estrutura hierárquica podem resultar em consequências psicológicas negativas para os estudantes, conforme descrito na literatura cientifica, a qual refere a população médica como o grupo ocupacional com maior taxa de suicídio aferida, segundo Pereira e Moreira (2022, p.2). Ao reconhecer essas manifestações de sofrimento psicológico, é crucial questionar se a atual estrutura de ensino não está contribuindo para uma "loucura" no sentido negativo, onde a saúde mental dos estudantes é sacrificada em prol da formação.

A incorporação de doenças psiquiátricas pelo corpo discente da medicina, como ansiedade e depressão, pode ser um sintoma alarmante de um sistema educacional que necessita de reforma. Esta relação patogênica não pode ser ignorada, pois representa uma forma de violência institucional que permeia o campo da medicina. Este reconhecimento, por si só, é um passo fundamental para combater essa problemática. Primeiramente, os estudantes devem estar cientes da violência institucional que pode ocorrer dentro das instituições de saúde. Isso muitas vezes se manifesta por meio de regras, normas burocráticas e relações que desumanizam os pacientes, substituindo o diálogo pela tecnificação e exames, transformando os serviços de saúde em fontes de violência contra os usuários (Minayo, 2020). Essa problemática destaca a necessidade de promover uma

formação médica mais equilibrada, com atenção às dimensões emocionais dos estudantes, bem como à qualidade de vida (Lima, 2016).

Além disso, é importante ter consciência da banalidade do mal, que se refere à normalização de práticas prejudiciais no sistema de saúde (Guimarães, 2019). Isso envolve a aceitação passiva de comportamentos que não beneficiam os pacientes, contribuindo para a perpetuação de uma cultura de violência cotidiana. Pensando nisso, a nível individual, como “requisito de aprendizado” a partir dessa experiência, percebo que os estudantes de medicina também podem ser defensores dos direitos dos pacientes. Para alcançar isso, é vital revisitar a alta carga horária, questionar a eficácia da estrutura hierárquica que perpetua pressões e avaliar como as condições atuais de ensino contribuem para uma "loucura" que prejudica a saúde mental e emocional dos futuros médicos. Uma reforma que busque uma formação mais saudável, equitativa e sensível às questões emocionais pode, em última instância, resultar em profissionais de saúde mais capacitados e compassivos, capazes de atender às necessidades de pacientes - assim como as próprias necessidades - com empatia e compreensão.

Essa reflexão sobre a percepção da educação médica e suas implicações não se limita a um exercício acadêmico. Ela tem impacto direto em minha prática futura como médica. A compreensão dos desafios enfrentados pelos estudantes me torna mais sensível às questões emocionais e psicológicas que podem afetar a saúde e o bem-estar dos pacientes. Além disso, fortalece minha determinação em advogar pela saúde mental na comunidade estudantil, promovendo discussões abertas sobre essas questões.

Participar de grupos de debate e movimentos estudantis que buscam uma reforma na educação médica é uma forma concreta de traduzir essa reflexão em ações. Isso contribui para promover um ambiente de ensino mais saudável e humano. E, ao compartilhar essas preocupações com outros profissionais de saúde, posso contribuir para a reformulação do sistema de ensino médico, beneficiando não apenas estudantes, mas também pacientes e profissionais no futuro.

Em concordância com as palavras de Paulo Freire em "Pedagogia do Oprimido", que enfatiza a importância de "diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática," minha jornada como estudante de medicina tem destacado a necessidade de reformular o sistema de ensino médico, visto que ele muitas vezes é percebido como 'loucura' por aqueles fora dessa esfera. Essa reflexão nos instiga a ser defensores dos direitos dos pacientes e a promover uma formação médica mais equitativa, sensível às dimensões emocionais, visando um sistema de saúde mais humano e compassivo. Assumir esse compromisso é fundamental para uma prática médica mais significativa e transformadora.

Figura 1: Registro da Oficina Terapêutica (maio, 2023)

REFERÊNCIAS

[1] SERAPIONI, M.. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, n. 4, p. 1169–1187, out. 2019.

[2] AMORIM, A. K. DE M. A.; DIMENSTEIN, M.. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 195–204, jan. 2009.

[3] CHIARELLA, T. et al.. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 3, p. 418–425, jul. 2015.

[4] Pereira LHM, Moreira SNT. Adoecimento psíquico, assimetrias de gênero na Medicina e necessidade de intervenção: uma revisão de literatura. Interface (Botucatu). 2022; 26: e210426 https://doi.org/10.1590/interface.210426

[5] LIMA, Rebeca Ludmila de et al. Estresse do estudante de medicina e rendimento acadêmico. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, p. 678-684, 2016.

[6] MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 19-42. ISBN: 978-65-5708-094-8.

[7] FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p. ISBN 8521900058.

[8] GUIMARÃES, Vinicius Oliveira Seabra. A construção social acerca da banalidade do mal em Hannah Arendt. Tematicas, v. 27, n. 54, p. 59–72, 2019. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/12338>. Acesso em: 17 out. 2023.

CAPÍTULO

15 Impasse entre aprendizado e respeito ao paciente

Eduardo Ferreira Arbache, Giovanna Rizza Moreira

Durante uma das consultas realizadas por nós no ambulatório de cirurgia do sexto período, atendemos uma paciente que se queixava de dores constantes na região anal. Assim, foi colhida a anamnese e a história clínica, participando três alunos: dois homense uma mulher. Ao exame físico, pedimos que a preceptora nos auxiliasse no procedimentode toque retal. Mas, antes, a aluna perguntou para a senhora se ela se importava que os alunos homens acompanhassem a análise e ela disse que preferiria que apenas a aluna e a médica ficassem presentes. Contudo, a preceptora negou o pedido da paciente com a justificativa de que "os alunos homens também precisavam aprender sobre o quadro clínico dela". Por fim, todos ficaram na sala quando o exame foi feito e o diagnóstico de fissura anal foi confirmado.

Nesse sentido, essa consulta foi escolhida para esse portifólio com a justificativa de que houve um conflito ético presente nesse episódio que trouxe um constrangimentoe um incomodo em nós alunos, uma vez que o direito de discrição da paciente foi suprimido por conta de uma priorização do ensino aos estudantes apontado pela preceptora. Sendo assim, é uma situação que nos tocou como estudantes de medicina, pois nitidamente a paciente foi usada pura e simplesmente para fins acadêmicos, tendo sua escolha de discrição e autonomia negadas para tal. Nesse sentido, o Código de Ética Médica (2019) orienta, no Art. 110: *"É vedado ao médico praticar a medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado."*. Assim, fica evidente que a situação presenciada foi inadequada, e que o conhecimento e aprendizado não podem passar por cima da autonomia e da dignidade do paciente.

Com isso, esse episódio nos fez refletir bastante em nossa atuação como estudantes, e como ainda precisamos aprender mais sobre a relação médico-paciente, pois tal situação nos deixou extremamente incomodados, visto que a atitude apresentada pela preceptora vai em direção contrária ao aprendido durante o curso de medicina, em especial durante o eixo de ASRF. Afinal, o médico deve sempre demonstrar respeito e interesse pelo paciente, primando pelo seu conforto físico e psicológico, estabelecendo o *rapport* a fim de haver uma consulta respeitosa, criando um ambiente solidário e seguro ao paciente (Silverman et.al, 2013). Contudo, a partir do momento que houve um desrespeito à vontade da paciente, essa construção de ambiente foi quebrada, indo contrário ao proposto pela medicina centrada na pessoa.

Ademais, notamos que a paciente estava em um momento de fragilidade: vulnerável por conta da dor que sentia e aflita com a realização do exame por conta de seus estigmas. E, quando solicitou pela discrição na realização de seu exame, o que era direito dela, foi negado. Essa situação nos trouxe desconforto e constrangimento, pois sentimos que estávamos invadindo a privacidade da paciente e desrespeitando sua vontade. Isso nos fez perceber que, nesse momento, o nosso aprendizado foi priorizado

em detrimento das vontades da paciente. E isso foi inadequado, visto que o aprendizado deve ser adquirido de forma ética e correta, respeitando os pacientes, as normas e os regulamentos. Essas normas devem ser levadas em consideração, pois o conhecimento não pode passar por cima da humanidade, visto que a construção do conhecimento é feita para a humanidade evoluir como um todo, primando sempre pelo bem-estar dos seres humanos.

Além disso, pensamos na possibilidade de situações como essa acontecer frequentemente, em que o professor/preceptor realiza algo eticamente inadequado e os alunos têm que aceitar, já que estão na posição de receptores do aprendizado, sem capacidade de intervenção ou diálogo. Essa hierarquia repetidamente nos constrange e nos faz negar o desejo do paciente, não respeitando a vontade deste em muitas ocasiões, por conta da ordem superior dos preceptores. Assim, Nuto et. Al. (2005) afirma que a relação professor-aluno é construída por meio do autoritarismo, em que o aluno apenas obedece sem contestação ou diálogo, e que, no futuro, o estudante tende a reproduzir isso com os pacientes e com os outros alunos, visto que essa relação de autoritarismo é tida como o modelo ideal. Com isso, esse tipo de aprendizado torna-se perigoso e potencialmente lesivo, porque ignora os direitos e as vozes de pacientes e de alunos, hierarquizando as relações e impossibilitando a construção de um ambiente respeitoso e igualitário.

Dessa maneira, nós, como dupla, percebemos a necessidade de aprendermos mais sobre os direitos do paciente durante a consulta e a respeitá-los, mesmo que isso cause certo "prejuízo de aprendizado" em algum momento. O bem-estar do paciente vem em primeiro lugar e qualquer pedido feito por ele, que seja permitido por lei ou pelo Código de Ética Médica, deve ser respeitado durante a consulta médica. Portanto, referências gerais como o Código de Ética Médica, as leis federais e literaturas que abordem a relação médico-paciente mais humanizada devem ser consideradas nesse processo de aprendizagem, com a finalidade de cessar esse ciclo desconfortável durante os ensinamentos acadêmicos a beira leito. Nesse viés, devemos aprender que o bem-estar do paciente deve estar acima da necessidade de ensinar diferentes casos clínicos aos alunos, pois tratar o paciente com dignidade e respeito são de extrema relevância durante a consulta e, antes de tratar a patologia em si, devemos tratar primeiro do indivíduo que se encontra doente. Dessa forma, para humanizar os estudantes, a mudança deve ocorrer não apenas deles, mas partir também dos professores, que são a referência e a fonte principal de aprendizado dos alunos (Ribeiro et. Al., 2018). Destarte, percebemos que o aprendizado ético e de respeito ao paciente deve ser o seguido. Assim, obteremos um ensinamento rico, integral e correto.

REFERÊNCIAS

[1] DE ÉTICA MÉDICA, Código. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **Conselho Federal de Medicina–Brasília: Conselho Federal de Medicina**, 2019.

[2] NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.1, p. 89-96, 2006.

[3] RIBEIRO, Marina Franklin; FREITAS, Letícia Silveira; BARATA, Jaqueline Marques Lara. A avaliação de estudantes de medicina de uma faculdade de Belo Horizonte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 2018.

[4] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. **Skills for communicatingwith patients. crc press**, 2013.

CAPÍTULO

16 A salutogênese no contexto da prática acadêmica

Eduardo Ferreira Arbache, Giovanna Rizza Moreira

O nosso cenário de vivência escolhido foi uma anamnese realizada por ambos os estudantes no contexto de um paciente que estava em tratamento de leucemia. A entrevista médica aconteceu na Unidade de Internação da Oncologia Clínica com a justificativa de que, baseado no caso, nós como estudantes, pudéssemos fazer uma receita farmacológica relacionada aos medicamentos que o paciente estava tomando a fim de treinar nossos aprendizados sobre receituários.

Ao chegarmos naquele local, as nossas expectativas eram as mais desanimadoras possíveis, afinal, a primeira visão que vem à mente quando se trata de um paciente que está em tratamento oncológico é a de um paciente debilitado, triste e cabisbaixo e nos sentimos extremamente tristes ao saber que, na nossa imaturidade acadêmica, iríamos "incomodar" um paciente nesse estado com inúmeras perguntas sem ao menos saber a fisiopatologia do caso. Contudo, fomos surpreendidos de uma forma extremamente positiva, pois a forma com que o paciente estava passando pelo tratamento e como estava responsivo aos nossos questionamentos nos inspirou muito, nos deixou muito alegres, levando a reflexões de como lidar com as situações desafiadoras da vida, por mais difícil e dolorosas que elas sejam, fato que nos motivou a escolher essa situação específica para ser relatada neste trabalho.

Durante aquela entrevista, realizamos uma anamnese completa, abordando todos os tópicos. Realizamos também a ectoscopia e o exame físico, além de perguntar a mais para conhecer melhor seus gostos e como vivia antes e durante o tratamento. No decorrer do processo, o senhor estava calmo, sorridente, e aberto às perguntas, se mostrando bem comunicativo e tranquilo com a situação. Nós, como estudantes de medicina do ciclo básico, estivemos atentos durante toda a anamnese, explicamos todos os processos que fizemos durante o exame físico, demonstrando respeito, utilizando o método centrado no paciente, e preconizado por Silverman et al., (2013), em que se estabelece um ambiente saudável com um rapport inicial, escutando o paciente sem grandes interrupções e sempre buscando o bem-estar deste. Sendo assim, essa foi a conduta realizada.

Conversando com ele, entendemos que era um homem de 45 anos, preto, casado, que pensava ser saudável até que um dia sentiu um formigamento estranho no braço direito que irradiou para a região do hemitórax direito. Ele ficou muito preocupado com a situação e muito aflito, uma vez que pensou estar tendo um infarto, e procurou assistência médica com a ajuda de seus familiares, que também ficaram muito consternados com aquela situação. Durante as investigações do quadro, o paciente foi submetido a um exame radiológico, no qual foi constatado um derrame pleural ipsilateral ao formigamento sentido pelo paciente. Após a drenagem, aquele senhor se sentiu mais calmo e pensou enfim ter terminado seus momentos de aflição com a resolução do problema, porém, após a realização de um novo raio x, foi constatado que a "mancha"

ainda persistia no exame complementar, sendo necessário ser encaminhado para o centro cirúrgico para novos procedimentos diagnósticos.

Ao longo dessa jornada de investigação e cheia de intervenções, uma biópsia foi realizada e foi constatada uma neoplasia: leucemia. Naquele momento em que o paciente relembrava desses momentos de angústia, percebemos que ele retomou todo o sentimento de aflição, e nós como entrevistadores estávamos atentos e comovidos com o caso, sentindo de forma empática toda essa agonia devido às mudanças tão negativas e tão bruscas ocorridas na vida do paciente.

Diante de todos esses acontecimentos, o paciente se sentiu triste, sofrendo de muitos dos sinais e sintomas da moléstia e dos efeitos adversos do tratamento, mas, mesmo assim, não perdeu a fé. Está passando por tudo isso de forma leve pois: - "se aconteceu comigo, então é porque eu precisava passar por isso", disse ele. Nós nos sentimos muito inspirados e nos surpreendemos positivamente com a atitude do paciente perante os acontecimentos, isso nos motivou a saber mais sobre o caso, mais sobre a história e sobre como ele estava passando pelas mazelas de forma tão otimista. Nos ensinou a como não devemos desanimar perante as dificuldades existentes durante a vida.

Nesse viés, esse foi o principal motivo de nossa escolha para o relato, pois foi demonstrada a percepção do paciente em relação à enfermidade, analisando como ele agiu para aceitar melhor o processo de saúde-doença. Com isso, evidencia-se que o paciente utilizou da metaforização da enfermidade para tornar algo intangível palpável, ocasionando uma ação de concretude à situação, individualizando sua problemática sob sua própria ótica, tornando a compreensão da doença mais aceitável. (Van Der Geest e Whyte, 2011). Assim, percebe-se que essa foi a maneira que o paciente encontrou de se conformar com a doença, acreditando que ele "precisava" passar por aquela situação.

Dessa forma, sentimos bastante empatia em relação ao paciente e percebemos que a forma com que ele compreendeu sua doença foi saudável. Por esse motivo, sentimos um misto de felicidade e admiração, por saber que mesmo em grande adversidade, aquele senhor demonstrou força, utilizando da metaforização como ferramenta de superação.

Além disso, foi possível perceber os fenômenos de transferência e contratransferência, aprendidos em sala de aula desse semestre, no eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas IV (ASRF IV) visto que o paciente, por apresentar uma característica amistosa e uma condição de vulnerabilidade, pode ser reconhecido e confundido como algum familiar ou alguém próximo dos profissionais de saúde que o tratam, caracterizando o fenômeno da contratransferência, definida como tendências e necessidades emocionais ao encontro profissional da saúde-paciente, resultando numa interação dinâmica que molda o resultado da relação, muitas vezes causando excesso de cuidado inespecífico, desviando o foco de tratamento (Zinn, 1990). Nesse sentido, nós, como estudantes de medicina, sentimos o fenômeno de contratransferência dado ao fato que a história de vida do paciente, de ter começado a trabalhar muito cedo e em contato com substâncias tóxicas, somado a sua serenidade e simpatia, nos lembrou de ambos nossos avôs, havendo uma conexão sentimental. Dessa maneira, foi percebido esse fato, devido aos aprendizados proporcionados em aula.

Em vista disso, podemos concluir que, ao passarmos por essa experiência, notamos a necessidade de aprender a manejar às várias reações existentes entre os pacientes perante o diagnóstico/tratamento, sendo importante a capacidade de entender e identificar essas reações, assim como as motivações destas, uma vez que haverá pacientes

com a serenidade desse senhor, mas também pacientes que ficarão infelizes, em negação, desanimados e não responsivos ao tratamento. Dessa forma, entendemos que é importante aprender a decifrar, conforme o método da salutogênese, utilizando um modelo ativo, focado na procura de habilidades para comunicação, busca de soluções positivas e estima do paciente (Hernán e Morgan, 2010). Assim, por meio desses aprendizados e reflexões, tivemos a oportunidade de reforçarmos a importância de respeitarmos cada paciente em sua individualidade e autonomia, percebendo os fenômenos de transferência e contratransferência, utilizando o mecanismo de metaforização da doença para atender melhor cada indivíduo que tiver contato conosco e apoiando nossa conduta no método focado no paciente, seja como estudantes, seja como futuros médicos.

REFERÊNCIAS

[1] HERNÁN, M., MORGAN, A., M., A. L. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, **Consejería de Salud y Bienestar Social.** Springer. 2010

[2] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. **Skills for communicating with patients**. crc press, 2013.

[3] VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. **Sociedade e Cultura**, v. 14, n. 2, p. 457-472, 2011.

[4] ZINN, William M. Transference phenomena in medical practice: Being whom the patient needs. **Annals of Internal Medicine**, v. 113, n. 4, p. 293-298, 1990.

CAPÍTULO

17 Cuidado em saúde pública: a expressão da alteridade

Giovani Mendola Perobelli

O período de (re)aprendizado sobre como interagir e atender os usuários dos serviços de saúde no Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) foi marcado por experiências memoráveis que contribuíram substancialmente para nossa formação acadêmica. Com a melhoria da situação epidemiológica, houve uma retomada gradual das atividades práticas previstas em nosso currículo. As medidas de isolamento, no contexto da pandemia, tiveram um impacto significativo nas estruturas, comportamentos e reflexões que permeiam diversos setores da sociedade, incluindo as novas práticas na Medicina, exigindo a reavaliação dos métodos de aprendizagem.

Registro, no presente portfólio, uma vivência de atendimento no setor de Moléstias Infecciosas, do componente curricular de Saúde Coletiva V. De pronto, senti que seria difícil contatar pacientes em tamanha vulnerabilidade. Contudo, a experiência permitiu reacender a chama que nos cerca e que justifica a primazia por essa profissão.

Essa escolha é resultado do entendimento de que este período proporcionou reflexões significativas sobre as expectativas e dificuldades inerentes ao processo de ensino-cuidado-saúde-doença, as repercussões clínicas resultantes, o impacto da presença ou ausência de redes de apoio nos aspectos visíveis e invisíveis da vida, as diferentes realidades vivenciadas pelos usuários do SUS, e o papel dos profissionais de saúde. Além disso, destaca-se a importância da empatia, das habilidades de comunicação e da visão holística para o sucesso no cuidado. Trata-se do atendimento a um homem a quem chamaremos ficcionalmente de Rodrigo, com 27 anos completados na data do atendimento, residente em Araguari-MG. Rodrigo é uma pessoa em vulnerabilidade socioeconômica que realizou a descoberta de que convivia com o HIV (PVHIV) no dia anterior. Rodrigo namorava João, que era fotógrafo, e que não informou o parceiro sobre também ser profissional do sexo. Ele estava internado em recuperação após o aparecimento de manchas na pele, sendo diagnosticado com Sarcoma de Kaposi. A entrevista foi realizada com Rodrigo, que se encontrava em luto pela perda recente de seus dois pais pós-AVC. Apesar da gravidade, Rodrigo trazia consigo um sorriso brilhante e olhos fartos de amor para receber seus cuidados.

Durante nossa conversa, Rodrigo explicou todo o caminho percorrido até a consulta. O início súbito das manchas papulares avermelhadas por todo o corpo. O inconformismo com a falta de empatia de seu ex-namorado. A dor. A solidão. A tristeza. O sentimento de culpa. A culpa. A culpa. A culpa. Rodrigo engoliu seco. Chorou. Respondeu, solícito, às perguntas. Estava em seu maior período de vulnerabilidade: pessoal, social, emocional. Ao finalizar o atendimento, senti a necessidade de lhe comprar uma pequena fatia de bolo, e relembrar que a comemoração de seu aniversário era, de fato, importante, e que, de algum modo, ele estava vivo. E isso bastava.

"É a partir do Encontro que uma relação de Cuidado acontece, sendo a via por onde os manejos médicos adquiridos são aplicados, intimamente ligados ao acolhimento [...]" (Carvalho, 2018). Esse encontro desafiador, emergindo do processo Cuidado, nos lembra que questões de Saúde Pública não se tornam invisíveis por sua essência, mas pelo seu apagamento histórico na formação acadêmica. Estimular a receptividade à exploração de temas atuais nos capacita, como artífices, a desenvolver soluções modernas para mazelas, reduzindo a distância entre os provedores de cuidado e aqueles que necessitam dele.

Diante dessa experiência intensa, percebi o quanto é crucial buscar proporcionar cuidados verdadeiramente eficazes ao paciente, que possam compreender toda a complexidade envolvida no processo saúde-doença e na relação médico-paciente. Essa vivência desperta um sentimento avassalador de desamparo, mas também um desejo ardente de me tornar um profissional mais capacitado, capaz de enxergar o outro de forma ainda mais profunda. Tenho uma vontade visceral de vencer a procrastinação, um anseio infinito que me permita verdadeiramente reconhecer e praticar a empatia.

Nessa perspectiva, torna-se imperativo, como aprendizes e futuros praticantes da área da saúde, abraçar a prática da escuta ativa, compreender profundamente os diversos elementos que permeiam o ato de cuidar e discernir as demandas dos beneficiários desses serviços, com o objetivo de garantir que a prestação de cuidados seja tanto humanizada quanto de excelência.

Rompi com o papel tradicional para me tornar um agente atento às necessidades individuais de cada pessoa envolvida nesse amplo contexto, transformando-me em um agente da Saúde Pública e do Cuidado. Não permaneci passivo naquela situação, mas sim imerso em minhas próprias angústias, compreendendo que minha função transcende a de Médico; sou também um cidadão empático e um terapeuta compassivo. Foi crucial explorar meu interior para compreender integralmente Rodrigo e sua Rede de Apoio, reconhecendo-o como um ser humano complexo e vulnerável. Profundamente consciente da relação Médico-Paciente, distingui claramente meu papel profissional do social.

Reafirmar o sentimento de cuidado me faz crer e perceber que a vida palpita em nós, e que a Medicina verdadeiramente possui o potencial e a responsabilidade de ser humanizada, priorizando as necessidades daqueles que buscam assistência.

Reconheço que esta vivência destacou a importância de buscar recursos que me habilitem a exercer a Medicina de maneira mais humanizada, concentrando-me no desenvolvimento de habilidades de comunicação, escuta ativa e empatia para aprofundar minha compreensão sobre o paciente. Observo que a reflexão crítica proposta por este Portfólio é inestimável e crucial para o aprimoramento dessas competências, assim como outras atividades ao longo de minha formação acadêmica, como Sociodrama e Role Play, elogiados por Engelhorn (2019), que auxiliam na aplicação prática do conhecimento teórico relacionado à prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS:

[1] CARVALHO, Maria Dulce Santiago de. Do encontro consigo ao encontro com seu paciente: o psicodrama na formação médica. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 72-83, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 out 2023.

[2] ENGELHORN, Carlos Alberto. O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de

Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2019, v. 43, n. 3, pp. 178-183. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180243. Acesso em 16 out 2023.

[3] GOMES, Vânia Thais Silva et al. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 44, ed. 4, 21 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200258. Acesso em 16 out 2023.

[4] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; e DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009, v. 33, n. 4. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015. Acesso em 16 out 2023.

CAPÍTULO

18 Entre desafios e reflexões: um encontro com a complexidade da puericultura e do autismo na formação médica

Laura Caroline Ferreira Borba, Gabriella Louise Constantino Silva

Em outubro de 2023, durante um atendimento do ambulatório de Pediatria, fomos informadas em cima da hora que faríamos nosso mini-CEX, uma atividade avaliativa. O professor que será tratado sob o pseudônimo de Dr. Paulo Pimenta, escolheu nossa paciente e não nos forneceu nenhum tipo de auxílio, mesmo sabendo previamente que se tratava de um caso complexo. Escolhemos essa situação para o portfólio, pois encontramos inúmeras dificuldades no manejo de uma paciente que tem que conviver com situações muito difíceis, assim como de conhecimentos da pediatria geral, pois em teoria estamos em um ambulatório de puericultura, então precisaríamos "prevenir" as doenças mais graves, e não tratá-las.

Dr. Paulo Pimenta, apenas nos disse que tratava-se de uma consulta de puericultura de uma paciente que será aqui chamada de "Luara", menina de dez anos, com atraso de desenvolvimento neuro-psiquiátricos, com autismo não diagnosticado por profissionais médicos. Entretanto, ao ler a história da paciente no sistema, nos assustamos com a quantidade de questões que teríamos de abordar com delicadeza e humanidade. O medo diante de um desconhecido é maior quando temos pouco auxílio e orientação, entretanto apesar de nossa ansiedade inicial, nos portamos de maneira acolhedora a cada nova queixa da mãe e da criança, e conseguimos ainda que com dificuldades fechar uma conduta para todos os diagnósticos e pedidos feitos.

Chegam a consulta, a paciente acompanhada de sua mãe. Iniciamos a anamnese perguntando como a criança estava se sentindo e se tinha alguma queixa atual. A mãe colocou uma pasta cheia de papéis contendo inúmeros laudos da escola escritos por psicopedagogas, dizendo que a criança precisava de um atendimento profissional mais especializado, pois acreditam que Luara tenha autismo. Além disso, trouxe várias questões das quais ela precisava de ajuda, estava muito insistente em requerer um laudo diagnosticando o autismo que a menina teoricamente tinha, já que nenhum neuropediatra havia feito esse diagnóstico. Tentamos explicar para a mãe que ali faríamos apenas um atendimento de puericultura, ou seja, acompanharíamos o crescimento pondero-estatural, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação, sono, segurança, diagnóstico clínico e status vacinal da criança. Mas, acolhemos a queixa e tentamos entender a angústia da mãe sobre esse tópico e orientamos que no ambulatório de neuropediatria atendido pelo especialista poderia vir a ter esse laudo.

Além disso, quando feita uma revisão de sistemas, a criança tinha queixas em todos os tópicos perguntados. Por exemplo, atualmente a mãe tinha dúvidas se Luara tinha infecção de urina, pois a criança não controla nenhum de seus esfíncteres e tinha um exame prévio recente com bacteremia constatada, mesmo a criança não queixando nenhum sintoma.

Ademais, a criança tinha notórias lesões na comissura labial e nas aletas nasais, de caráter progressivo, há 15 dias, crostosas, ulceradas e com prurido. Por coçar, Luara tinha espalhado a lesão até para a pálpebra ocular direita. Comentamos que possivelmente, pelo tempo de evolução das lesões, deveria se tratar de alguma bactéria, mas não sabíamos qual doença era exatamente e iríamos discutir o caso com nosso preceptor. A mãe tomou isso como verdade e, mais tarde, quando seu parceiro entrou no consultório, afirmou para ele que era definitivamente uma bactéria, que a "doutora" tinha falado.

Foi uma das primeiras consultas que atendemos uma pré-adolescente e tinha várias especificidades que tivemos que aplicar pela primeira vez, como classificar Luara de acordo com a classificação de Turner sobre o desenvolvimento mamário e de pelagem pubiana. Quanto ao seu crescimento pôndero-estatural, encontrava-se em sobrepeso e percebemos que a família não tinha tanta condição financeira e suas crianças consumiam bastante ultraprocessados, como bolacha recheada. Para piorar, a mãe relatou que a criança não tinha controle de saciedade e se não interviesse durante as refeições, ela não parava de comer. Nós sentimos impotência frente a situação da família, pois ambos os pais não trabalhavam e dependiam de auxílios do governo para sustentar 4 crianças, todas com alguma afecção.

No final da consulta, duas irmãs de Luara chegaram ao consultório. A mais nova, Camila, de 5 anos, ficou marcada para nós, pois era extremamente comunicativa e curiosa. Fazia diversas perguntas sobre nós, como idade, cor favorita, pedia para brincar, para medir sua altura, auscultar o coração. Eventualmente, arranjamos giz de cera e papel para elas colorirem, todas deram seus desenhos para nós. No fim, descobrimos que Camila tem leucemia e na próxima semana já seria internada para iniciar o tratamento. Vendo uma criança tão feliz e aparentemente saudável, nós nos sentimos tristes pensando em tudo o que ela provavelmente iria passar quanto aos tratamentos médicos e só desejamos silenciosamente que não fosse tão severo e que ela alcançasse a cura. Ainda, descobrimos que havia um irmão de 14 anos que sofreu um AVC aos 12 anos de idade, possuía limitações físicas e intelectuais, sem etiologia definida.

No final do atendimento, fizemos vários encaminhamentos para Luara, já que ela tinha muitas questões a serem atendidas, e nem todas poderiam ser manejadas. Dentre eles, para o ambulatório de neuropediatria sob a argumentação de avaliar o possível Transtorno do Espectro Autista (TEA), além de dar seguimento ao manejo do atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, foi encaminhada para o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e para o nutricionista para realizar atividades físicas, devido ao sobrepeso. Entretanto, essa quantidade de encaminhamentos, apesar de necessária, nos deu a sensação de estar sobrecarregando uma mãe já cansada. Além de sentirmos que fizemos pouco pela criança diante da vasta gama de necessidades que ela tinha naquele momento, mesmo tendo a consciência de que fizemos tudo no alcance da nossa função naquele momento, nos deu um sentimento de frustração e impotência.

No que concerne às necessidades de aprendizagem, nos vimos com limitações em nossos conhecimentos de atendimento a pessoas com necessidades específicas, como já foi dito, a paciente e todos os membros da família possuem atraso no desenvolvimento, inclusive a mãe. Então, em relação a maneira de abordar esse paciente, nós entendemos que seria necessário além do conhecimento técnico, acolhimento, da ética, da empatia, talvez de algumas orientações do professor sobre como melhor agir diante de tais questões. Por isso, sugerimos que esse tema seja abordado na disciplina do sexto período, nos próximos anos.

A puericultura é considerada uma importante estratégia de cuidado preventivo, sendo um dos eixos das ações desenvolvidas na atenção à saúde da criança, para organizar o acompanhamento do crescimento, orientação e promoção da saúde infantil. Além de permitir a detecção precoce de problemas de saúde e oportunizar seu tratamento hábil, o Ministério da Saúde prevê que toda criança deve passar por no mínimo sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (Baratieri et al. 2014). Entretanto, não deve ser descontinuada ao longo da vida, e crianças maiores como a paciente Luara, que está no início da puberdade podem e devem continuar se consultando com o pediatra nas consultas de rotina.

O autismo suscita muitas dúvidas ao estudante de medicina, por termos aulas sobre o conjunto de sinais e sintomas, fisiopatologia e quadro genético do autismo, sabemos que esse espectro pode apresentar sinais que podem ser percebidos desde o primeiro mês de vida envolvendo alterações nos aspectos com a interação social, linguagem e comportamento. Entretanto, é necessário ressaltar que há uma falta de estudos científicos e conteúdos de aula sobre como abordar esses pacientes. De maneira que consigamos entender que o acompanhamento de crianças autistas, não pode ocorrer sem a promoção em saúde, e além disso, precisa contemplar a integralidade do cuidado (Costa; Guarany, 2021).

Além disso, é importante que a avaliação referente ao desenvolvimento da criança vise o diagnóstico precoce em caso de suspeita, e que seja realizado até os três anos de idade, visto que os primeiros sinais do autismo se manifestam antes desta idade. É preciso que a criança seja vista de forma integral, levando em consideração o contexto biopsicossocial, para isso, as ações voltadas para a vigilância em saúde envolvem a promoção, avaliação e reabilitação de saúde de forma assistida por toda a equipe multiprofissional (Baratieri et al. 2014).

Mas para que essa camada social seja plenamente atendida, de acordo com Júnior et al., a formação dos profissionais de saúde não pode estar dissociada das demandas específicas das pessoas com deficiência. Para que tal integralidade seja alcançada “além da assistência específica à sua condição, deve também incluir a assistência às comorbidades e aos agravos potencializados pelos mais diversos determinantes sociais do processo saúde-doença”. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham contato e uma boa formação quanto às necessidades de pessoas autistas.

Porém, essa não é a realidade da maioria das faculdades de medicina do Brasil (não sendo, inclusive, a nossa). Ainda de acordo com Júnior et al., dos 328 cursos de Medicina constantes no Cadastro e-MEC de instituições e cursos de educação superior, 171 possuíam documentação disponível para análise adequada. Destas, 89 tem inclusão de aspectos relacionados ao cuidado com pessoas com deficiência nos documentos publicados, porém, 89% destes se baseiam apenas em inserir a temática da diversidade na formação em Medicina com vistas à promoção da equidade em saúde. Enquanto somente 9 cursos mencionaram o desenvolvimento de competências clínicas específicas às pessoas com deficiência, como comunicação, exame físico e aspectos éticos, conclui-se que o Brasil ainda tem um longo caminho para efetivamente promover a formação adequada desses profissionais.

Entendemos que ao longo do curso, a faculdade nos dá a oportunidade de identificar o paciente autista, mas não nos dá as ferramentas necessárias para que possamos plenamente atender a todas suas demandas, prever suas necessidades baseadas nas principais complicações e afecções às quais mais sofrem, além de como se

comunicar de forma efetiva e quais os seus direitos. O atendimento de Luana foi muito esclarecedor quanto a essa lacuna no nosso currículo e esperamos que essa análise sirva como um possível gatilho para mudanças, mesmo que pessoais, na eterna busca de sempre melhor atender o paciente.

REFERÊNCIAS

[1] BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014.

[2] COSTA, C.S; GUARANY N., R. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na atenção básica. Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy. v.5, n.1, 2021.

[3] FREITAS JÚNIOR, R. A. DE O. et al. Inclusão do cuidado com a saúde das pessoas com deficiência nos currículos de medicina do Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 3, 2021.

CAPÍTULO

19 Entre a vida e a morte: reflexões de um encontro clínico na oncologia

Laura Caroline Ferreira Borba, Gabriella Louise Constantino Silva

Durante as atividades da disciplina de farmacologia no quarto período de medicina, tivemos a oportunidade de realizar uma anamnese com um paciente internado na enfermaria de oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia. O trataremos neste trabalho sob o pseudônimo de Davi para preservar a privacidade do mesmo.

Davi, um homem de 63 anos, branco, natural de Uberlândia, encontrava-se acompanhado da sobrinha durante nossa visita. Paciente refere que sofreu queda de sua própria altura há cerca de 45 dias, com lesão de cabeça e costas. O trabalho que nos foi proposto tinha como objetivo conhecer o caso de Davi e os medicamentos em uso para, posteriormente, construir um trabalho mimetizando uma desospitalização com a confecção de receitas médicas. Entretanto, a única indicação que nos foi dada foi de não citar as palavras "câncer" e "tumor" a não ser que o paciente o fizesse durante a conversa. Sem que nenhuma outra recomendação nos fosse dada, nos vimos obrigadas a buscar um paciente que teve sua vida mudada drasticamente por um diagnóstico e que provavelmente estaria desestabilizado emocionalmente, com possível irritabilidade ou tristeza.

Durante a consulta, o paciente se mostrou muito solicito e cooperativo. Em diversos momentos conversava conosco de forma leve e sobre outros assuntos e sentimos que construímos uma relação médico-paciente positiva. Saímos do leito desejando o melhor, que ele se curasse logo, o que ele recebeu muito bem. Entretanto, durante essa despedida foi com lágrimas nos olhos que pediu para que fossemos boas médicas e que mantivéssemos nossa paciência e tranquilidade para ouvir os nossos pacientes, que sempre os tratássemos com carinho e da melhor maneira possível.

Diante dessa situação, ao ver Davi emocionado, ficamos tocadas com o pedido e com toda a situação que se criou. Apesar de agradecermos e acalentá-lo, saímos daquele quarto com uma terrível sensação de impotência e de desconhecimento sobre seu quadro e seu prognóstico. O pedido de mantermos a paciência com os pacientes nos passou um sentimento de que talvez alguns médicos pelos quais foi atendido durante essa fase delicada de sua vida, não tenham tido a empatia e o respeito necessário para ouvir e responder na hora certa. O que nos frustra ainda, é perceber o quão ainda somos despreparadas para lidar com essas situações da forma mais adequada, ou seja de forma humana, mas sem a naturalização/banalização da morte que inúmeros profissionais relatam ocorrer durante os anos da profissão.

Após o encontro, o professor nos informou que ele não é passível de cura e que iria ser informado que seria um paciente de cuidados paliativos. Essa informação nos chocou por causa do vínculo formado com o paciente e sua forma positiva e calma de estar lidando com a situação, que não era esperado por nós, e trouxe várias reflexões sobre a morte e o papel do médico frente a um paciente terminal. Além de sentimentos angustiantes sobre

nosso papel como estudantes e futuras médicas - tristeza perante a situação daquela pessoa, frustração por não poder oferecer uma cura, ainda que possa se oferecer cuidados paliativos e permitir despedidas e bons momentos antes do fim.

Percebemos que, ainda que a universidade forneça um curso com uma grande grade de práticas, cuidados com o paciente em terminalidade e seus aspectos bioéticos particulares ainda são tópicos carentes os quais ficam a mercê de que o aluno ocasionalmente lide com tais situações. Por isso, tal vivência foi escolhida como abordagem com o objetivo de elucidar o porquê da dificuldade frente à morte e como isso pode ser mudado.

De acordo com Bellato & Carvalho (2005), é necessário compreender que a formação dos profissionais integrantes da equipe de saúde tem se dado no sentido de estar preparado, essencialmente, para a promoção e preservação da vida e, nesse contexto, entender a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela. Nesse sentido, não deixamos mais que as pessoas morram em sua "hora" em casa, por exemplo, nós as levamos para o hospital onde a sua morte é institucionalizada. Infelizmente, com esse processo ocorre uma desumanização do morrer e do atendimento àquele que morre. O médico oscila entre a sensação de tudo poder gerada através de sua onipotência, e a frustração de nada poder fazer diante dos imprevisíveis processos biológicos, que irão despertar o sentimento de impotência. Nessa perspectiva, Kovács (1992) refere que mesmo não admitindo, o médico também pode experienciar sentimentos de culpa e raiva, pois, se o paciente morrer, o seu narcisismo será ferido. Desde sua formação acadêmica, o médico lida com a visão de que a morte deve ser vista como inimiga a ser vencida, gerando nele sentimentos de onipotência, sendo sua função salvar o paciente, impedindo a morte deste a qualquer custo.

De acordo com Azeredo et al (2011), a experiência da morte não é vivenciada apenas pelos profissionais da área da saúde: é também vivenciada pelos estudantes que têm como seu objeto de estudo o ser humano. A situação aparenta ser mais angustiante ao estudante de medicina, que não desenvolveu ainda as habilidades de abordagens frente ao quadro do paciente e seus sentimentos. Na UFU, no segundo período se iniciam as aulas de semiologia, o que leva ao primeiro contato "médico-paciente", confrontamos vidas diversas, situações socioeconômicas, opiniões, mas também temos que lidar com a doença, com a dor e com o morrer. Esse conjunto de situações amplificam os sentimentos de impotência diante do não solucionável.

A morte e o morrer são temas frequentemente discutidos pelos profissionais da saúde, mas geralmente a discussão envolve questões relacionadas a como realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e o motivo pelo qual as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam os sentimentos e as percepções destes profissionais diante da morte. Na formação acadêmica, ainda hoje se segue o discurso da impessoalidade e do distanciamento de fatos que cotidianamente se enfrentam nas práticas diárias: a dor, o sofrimento e, principalmente, a morte. Muitos cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer, a morte no sentido de sua inexorabilidade, não como uma inimiga a vencer, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada. (Azeredo et al, 2011).

Pode-se inferir, portanto, que essa realidade dos estudantes de medicina é complexa, pois tal questão envolve não apenas os aprendizados teóricos, mas também sentimentos e modos de ver o mundo muito diversos. É visível o despreparo dos discentes

do curso de medicina e dos recém-formados quanto à maneira de encarar pacientes em estágios terminais de vida (Orth LC, et al., 2019). Com grande sucesso o eixo das Atividades Sensitivas, Reflexivas e Formativas da UFU contribui para a formação humanizada e menos tecnicista do médico, ofertando conteúdos que abordam temáticas importantes para a construção da relação médico-paciente de maneira efetiva e centrada na pessoa. Por isso, poderiam ser introduzidas uma maior quantidade de aulas acerca dessa temática no plano de ensino do segundo período, que é quando iniciamos nosso contato com os pacientes no hospital e assim sujeitos a nos deparar com situações como a relatada. Esses conteúdos poderiam nos auxiliar de maneira inegável, ainda que apenas as práticas realmente demonstrem como podemos ser falhos, porque:

> O homem de hoje, por razões históricas e culturais, encara a morte como um problema. A despeito da enorme projeção alcançada pelo assunto em anos recentes, os sentimentos e atitudes dos estudantes de medicina e dos médicos com relação à morte e ao morrer são pouco conhecidos. Compreendê-los melhor poderia resultar não apenas na resolução de determinadas dificuldades inerentes ao tema, como aprimorar a relação médico-paciente terminal. (Vianna, A. e Piccelli, 1998, p.24).

Em consonância com as aulas teóricas, podem ser realizadas aulas práticas no hospital, a fim de desenvolvermos nossas habilidades interpessoais, humanas e médicas para evitar processos de transferência e contratransferência, definidos pela psicologia analitica como projeções de relações prévias nas relações atuais (no caso, médico-paciente), cuja consequência poderia culminar em agressividade, decepção frente ao diagnóstico e a expectativa de cura por ambas as partes, além de poder gerar consequências psicológicas no médico, como ansiedade e depressão causados pelo sentimento de impotência.

Segundo Ellman et al., a aquisição das competências humanística em cuidados paliativos favorece a aproximação dos estudantes com os pacientes com doenças terminais e as famílias deles. Conforme Gibbins et al., a inserção do ensino de cuidados paliativos na formação possibilita ao graduando desenvolver competências que irão melhorar sua atuação profissional no cuidado geral dos pacientes.

A teoria acerca dos cuidados paliativos e o morrer são de grande importância, mas de nada valem se não pudermos colocar em prática. Pois, os estudantes demonstram, também, falta de segurança para pôr em prática os conhecimentos obtidos durante a graduação, e acreditam ser benéfico aumentar a experiência em relação aos cuidados paliativos no paciente terminal a fim de uma melhor formação acadêmica e prática (Jordán e Barbosa, 2019).

Assim, conclui-se que as mudanças propostas na grade curricular nos auxiliariam quanto a segurança no atendimento e na relação com o paciente em cuidados paliativos, além de mudar o papel da medicina como possuindo a cura como um objeto máximo a ser alcançado somente para uma medicina que promova a saúde preconizada na carta de Ottawa de 1986, isto é, que enfatize recursos pessoais e sociais, bem como recursos físicos.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, Leila e colab. **Cuidados paliativos : a insegurança dos estudantes de medicina frente à pacientes em estágios terminais de vida** en. v. 15, n. 5, p. 1–7, [S.d.].

[2] AMARAL, Mariana Xavier Gonçalves do et al . **Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 61-86, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2022.

[3] ARAÚJO L. A. P. de; Souza L. de J.; Souza J. L.; Almeida M. B. de; Caracas D. R. S.; Amaral L. V. P. D.; Miranda de Carvalho N. C. B. V.; Grehs M. L.; Santos D. T. S.; Oliveira V. K. C. **Cuidados paliativos: a insegurança dos estudantes de medicina frente à pacientes em estágios terminais de vida**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 5, p. e10269, 23 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e10269.2022>.

[4] AZEREDO et al. (2010). **O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina.** Rev. Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro, 35 (1), p. 37-43.

[5] BELLATO, R. & CARVALHO, E.M. (2005). **O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev. Latino -am Enfermagem.** 13 (1), p. 99-104.

[6] CHAVES, José Humberto Belmino et al. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético.** Revista Dor [online]. 2011, v. 12, n. 3 [Acessado 27 Novembro 2022] , pp. 250-255. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>. Epub 11 Out 2011. ISSN 2317-6393. https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011.

[7] COSTA, Natália Sousa et al. **Cuidados paliativos: conhecimento dos formandos de Medicina de uma instituição de ensino superior de Goiás.** Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2021, v. 45, n. 04 [Acessado 27 Novembro 2022] , e208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210298>. Epub 11 Out 2021. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210298.

[8] JORDÁN APW, BARBOSA LNF. **Espiritualidade e formação nos programas de residência em saúde de uma cidade no nordeste brasileiro.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2019; 43: 82-90

[9] KOVÁCKS MJ. **Profissionais de saúde diante da morte: morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.

[10] MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A **difícil tarefa de falar sobre morte no hospital.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2022.

[11] ORTH LC, et al. **Conhecimento do acadêmico de Medicina sobre cuidados paliativos.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2020; 43: 286-295.

[12] TOBERGTE, David R. e CURTIS, Shirley. Carta de Ottawa - **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde.** Journal of Chemical Information and Modeling, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

[13] VIANNA, A. e Piccelli, H. **O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal.** Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 1998, v. 44, n. 1 [Acessado 22 Novembro 2022] , pp. 21-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000100005>. Epub 28 Jul 2000. ISSN 1806-9282. https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000100005.

[14] ELLMAN, Matthew S. e colab. Implementing and Evaluating a Four-Year Integrated End-of-Life Care Curriculum for Medical Students. Teaching and Learning in Medicine, v. 28, n. 2, p. 229–239, 2016.

[15] GIBBINS, J. e colab. Recognizing that it is part and parcel of what they do: Teaching palliative care to medical students in the UK. Palliative Medicine, v. 24, n. 3, p. 299–305, 2010.

CAPÍTULO

20 Pediatria: uma narrativa de crescimento compartilhada

Anna Clara Pereira Melo, Isabelle Louise Morais Ribeiro

Na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), ao longo do 4º período, os acadêmicos desenvolvem atividades práticas por meio do Eixo de Saúde Individual IV nos ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia (G.O.) e Pediatria. Em nosso relato, optamos por dar ênfase aos atendimentos de puericultura no Ambulatório de Pediatria, que se mostrou um ambiente fundamental para que, como alunas, pudéssemos desenvolver habilidades e atitudes que nos permitam o adequado acompanhamento à criança no primeiro ano de vida.

Nesse sentido, uma das experiências vivenciadas em tal contexto diz respeito ao contato durante 3 consultas com a recém-nascida M.B., primeira filha de M.S., de 23 anos, que demonstrou poucos conhecimentos sobre como cuidar da bebê, mas ainda assim curiosa e buscando entender as orientações médicas indicadas.

Logo na primeira consulta, a mãe relatou ter tido Diabetes Gestacional, quadro clínico que agrava a gravidez e pode gerar complicações ao bebê em seu nascimento, como foi o caso de M.B., que apresentou hipoglicemia nos primeiros dias de vida, sendo necessário ficar internada por 3 dias e fazer uso da Fórmula no hospital. Ao serem liberadas do HC, M.S. contou ter tido dificuldades para amamentar, pois M.B. era muito sonolenta e mamava poucas vezes, mantendo, então, a Fórmula e, além disso, também relatou praticar o coleito – colocar a bebê para dormir na mesma cama que a mãe. Ao pesar M.B., notamos que a quantidade de peso ganho era insuficiente e inadequada para a idade dela, de modo que em nosso atendimento, orientamos à mãe que retirasse a Fórmula e incentivamos ainda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, explicando-a que apenas o leite humano seria suficiente por possuir todos os nutrientes e proteções necessárias ao bom crescimento e desenvolvimento da criança. Ademais, pelo exame físico, explicamos que a limpeza do coto umbilical deveria ser feita apenas com álcool 70% até a sua queda, evitando qualquer outro tipo de substância que poderia ocasionar doenças graves, como o tétano neonatal. Também expomos os riscos da prática do coleito e orientamos que ela utilizasse o berço (o qual ela já possuía) ao lado da cama para colocar a bebê para dormir.

Na consulta seguinte, M.S. contou que havia seguido as recomendações dadas, porém percebemos que a bebê ainda tinha ganho insuficiente de peso e, ao questioná-la sobre a quantidade de vezes que M.B. mamava, a mãe contou que eram poucas, pois a bebê dormia muito. Sendo assim, orientamos que M.S. acordasse sua filha de 3 em 3 horas para amamentar e, se necessário, retirasse sua roupinha para que, com o frio, ela despertasse e conseguisse mamar satisfatoriamente. Em novo exame físico, notamos pequenas pápulas em tórax e dorso, características de calor excessivo por excesso de roupas, o que demandou explicamos à M.S. que era necessário o uso de roupas mais frescas e de algodão, principalmente em dias mais quentes, pois M.B. estava tendo uma reação natural ao calor.

Ademais, notamos que a mãe estava tendo dificuldades na higienização da filha, de forma que ensinamos a ela como deveria ser feita uma limpeza adequada durante o banho.

Para finalizar, no último retorno ao Ambulatório de Pediatria, M.B. estava com ganho de peso satisfatório e adequado para sua curva de crescimento, além de não mais apresentar os problemas anteriores, o que demonstrou a eficiência do aleitamento materno exclusivo e como a aplicação das orientações médicas por parte da mãe foram positivas.

Diante do que foi relatado, essa experiência nos mostrou a importância de estabelecer uma relação médico-paciente fundamentada na confiança, sendo essencial a prática de uma abordagem humanística associada à abordagem técnica. Nesse viés, percebemos uma carência em nosso conhecimento, em especial neste período de formação acadêmica, que consiste em conseguir atender de maneira integral todo paciente que nos procura. Nesse sentido, reconhecemos ser indispensável a compreensão da perspectiva geral de cada um deles, e ainda atenção a suas demandas, dificuldades e, sem dúvida, seus méritos.

Por conseguinte, especialmente através do contato com M.S e M.B sentimos certa incapacidade e imaturidade ao atendimento, de modo que decidimos utilizar isso não como um fator desmotivante, embora fosse de algum modo naquele momento, mas sim como um incentivo à busca por mais informações sobre como executar um atendimento de excelência, digno a todo paciente e aquele que o acompanha, visto que nos sensibilizamos pela pouca idade daquela mãe e sua disposição em procurar o melhor para sua filha.

Dessa maneira, dedicamos nosso tempo de estudos de Pediatria sobre livros e artigos que nos permitissem maior propriedade do tema, em particular acerca do aleitamento e do coleito, tópicos de grande importância desse contexto. Em meio a diversas instruções e conteúdos encontrados, absorvemos, resumidamente, que o monitoramento ou acompanhamento do desenvolvimento é o procedimento de assistir de forma próxima a criança, de maneira contínua e sistemática, além de envolver o processo de prevenção, vigilância ou avaliação (1). Esse processo deve ser realizado de forma globalizada, a fim de triar e excluir as principais doenças e evitar atrasos de diagnósticos e também do desenvolvimento infantil, ao considerarmos que entre as atividades que desenvolvemos ao longo dos atendimentos de rotina e acompanhamentos estão a realização de anamnese e exame físico, a interpretação de curvas de crescimento pondero-estatural, a identificação dos principais marcos de desenvolvimento, a compreensão e a orientação à mãe sobre os benefícios do aleitamento materno para ela e para a criança, a interpretação do cartão vacinal e os ajustes que se mostrassem necessários e, ainda, a orientação sobre introdução alimentar e alimentação saudável da criança. Além disso, mais especificamente acerca do aleitamento e do coleito, foi possível sedimentarmos conceitos importantes, como o ensino sobre a amamentação e sua adequada indicação no que tange ao primeiro, enquanto ao segundo, sobre fatalidades que podem acometer a criança com maior facilidade em decorrência da prática citada, como a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). No primeiro, pudemos encontrar interessante discussão sobre a importância do preparo para a amamentação desde o pré-natal, como posterior benefício à saúde e ao desenvolvimento da criança, assim como para se evitar fissuras e mastite nas mamas das mães, o que retoma à relevância da instrução e passagem de informações sobre a temática (2). No último, encontramos um estudo sobre a ocorrência de morte e de quase-morte em maternidades pelo compartilhamento de camas, o qual apontou o sufocamento acidental como causa mais provável na maioria

dos casos avaliados, sendo que, embora haja incentivo ao contato pele-a-pele e à proximidade entre mãe e filho, é indispensável a instruir de maneira adequada sobre os riscos do coleito (3).

Por fim, foi possível percebermos que o atendimento de rotina na pediatria exige do acadêmico de medicina o conhecimento de diversos protocolos e recomendações para cada faixa etária, de maneira a se garantir, com auxílio dos nossos preceptores, o adequado desenvolvimento infantil. Logo, a partir dessa experiência citada, validamos com maior certeza o exercício da prática médica e o cumprimento da busca por uma capacitação cada vez mais completa como indissociáveis, sem desconsiderar ainda a participação da atividade puramente humana baseada no respeito àquele que busca ajuda e ainda a toda sua trajetória até ali.

REFERÊNCIAS

[1] Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C. Serie OPS/FCH/CA/05.16.P: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005;1-52.

[2] Gao, H., Wang, J., An, J. *et al.* **Effects of prenatal professional breastfeeding education for the family.** *Sci Rep* 12, 5577 (2022).

[3] Thach BT. **Deaths and near deaths of healthy newborn infants while bed sharing on maternity wards.** J Perinatol. 2014 Apr;34(4):275-9. doi: 10.1038/jp.2013.184. Epub 2014 Jan 30. PMID: 24480904.

CAPÍTULO

21 Comunicação difícil: a primeira prova de fogo no ambulatório

Karina Raphaela Pereira de Lima, Kimberlly Cardoso Coutinho Rizza

O ciclo clínico do curso de Medicina é um dos momentos mais esperados na vida de um estudante, quando deixamos de estudar matérias básicas e começamos a estudar mais sobre doenças, suas repercussões e tratamento. Juntamente, também começamos a ter contato com pacientes em ambulatórios quase diariamente, aumentando nossas vivências e experiências e como oportunidade de pôr em prática tudo que aprendemos. O rodízio de Saúde Individual VI na área de Saúde do Adulto e Idoso é feito em pequenos grupos e juntamente com o sexto, sétimo e oitavo período, assim temos contato com áreas que sequer tivemos aula sobre, mas mesmo assim, nos esforçamos ao máximo para coletar toda a anamnese e exame físico da melhor forma possível para aprender e discutir com o preceptor responsável.

O ambulatório didático de Hematologia acontece semanalmente às terças e sextas, e nele se encontram diversos casos que ainda não dominamos. Certo dia, atendemos uma paciente com uma queixa de anemia a esclarecer e uma trombocitose de 1142 mil sem causa aparente, com um diagnóstico recente de câncer gástrico. Esse valor extremamente elevado nos assustou bastante, pois foi apenas a terceira vez que atendemos nessa especialidade e já nos deparamos com um caso tão desafiador assim. No decorrer da anamnese, sentimos como a paciente estava apreensiva e preocupada com sua situação, uma vez que relatou que sempre se cuidava e maninha hábitos saudáveis, não tinha nenhum histórico de câncer na família e infelizmente apresentava esse diagnóstico, e, assim tentamos ao máximo acolhê-la na consulta da melhor forma possível.

Após a discussão com o preceptor, chegamos a conclusão que esse quadro de trombocitose tão acentuado poderia ser devido a um quadro reacional, tendo em vista que a paciente havia sido recentemente submetida a uma cirurgia para tratamento de neoplasia, ou devido a uma provável leucemia, sendo necessária a realização de um teste genético para confirmação diagnóstica. Já a anemia, não era de origem ferropriva e poderia ser de um possível sangramento gastrintestinal devido a um novo câncer gastrointestinal. Ficamos muito abaladas com essa conclusão e preocupadas em comunicar uma notícia tão inesperada para ela, uma vez que a paciente já estava apreensiva com seu futuro diagnóstico e com seu quadro oncológico, o qual acreditava estar em resolução. Portanto, apesar de existirem aulas teóricas a respeito da comunicação de notícias difíceis para pacientes em nossa grade curricular durante o curso de medicina, presenciar essa situação nos deixou completamente impactadas e, devido a nossa falta de experiência prática para lidar com situações semelhantes à descrita, pedimos ao professor para ir ao consultório para nos ajudar a conduzir as orientações.

Durante a conversa com a paciente, foi nítido a sua preocupação e sua feição abalada e assustada ao tomar consciência de seu quadro. O marido, seu acompanhante durante a consulta, estava apoiando e tentamos ao máximo uma comunicação que fosse entendível e empática. Após isso, solicitamos os exames necessários para investigar seu

quadro e marcamos o retorno para um mês, entretanto devido ao rodízio com os outros períodos, não teremos a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento dessa história.

Diante disso, esse caso nos impactou significativamente em nossa trajetória médica, especialmente ao testemunhar a reação da paciente ao ser informada de que seu câncer ainda não estava curado, apesar de suas expectativas anteriores, e a nossa dificuldade em informar a paciente a respeito do seu provável diagnóstico. Sendo assim, fica nítido a importância do domínio da comunicação em situações difíceis uma vez que é fundamental para o bem-estar do paciente, a qualidade do atendimento médico e o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o médico e o paciente. Assim,quando se trata de comunicar notícias desagradáveis, é essencial abordá-las considerando a perspectiva da pessoa que está prestes a recebê-las. O impacto dessas notícias não pode ser previamente calculado até que tenhamos uma compreensão completa das expectativas e da compreensão daqueles que estão prestes a ouvi-las (Baile *et al.,* 2000). Dessa forma, precisamos seguir alguns pontos para que a comunicação seja totalmente efetiva, como, as informações devem ser claras e precisas permitindo que os pacientes compreendam o que está acontecendo, tomem decisões informadas e se sintam mais no controle de sua situação.

Ademais, a comunicação empática por parte dos profissionais de saúde pode proporcionar apoio emocional, demonstrando compreensão e empatia pelos sentimentos e preocupações do paciente. Assim, permitindo também, a construção de confiança fazendo com que os pacientes estejam mais propensos a seguir recomendações de tratamento, compartilhar informações importantes sobre sua saúde e sentir-se à vontade para fazer perguntas. Desse modo, a comunicação aberta e honesta permite que médicos e pacientes trabalhem juntos na tomada de decisões compartilhadas, considerando as preferências do paciente e os objetivos de tratamento, resultando em um cuidado mais personalizado e eficaz.

O respeito pela autonomia do paciente é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde. A comunicação respeitosa e inclusiva reconhece a importância da autonomia do paciente e do seu direito a tomar decisões informadas sobre sua própria saúde, mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras. Empoderar o paciente, envolvê-lo ativamente nas decisões relacionadas ao seu tratamento e compartilhar informações de maneira compreensível é essencial para promover um cuidado centrado na pessoa. Isso não apenas fortalece a confiança entre o paciente e a equipe de saúde, mas também reconhece a dignidade e o respeito que cada indivíduo merece no processo de atenção à saúde. Nesse sentido, respeitar a autonomia do paciente ganha ainda mais relevância quando se trata da comunicação de notícias difíceis. Ao receber informações que podem impactar significativamente sua saúde, o paciente deve ser tratado com empatia e compreensão, sendo envolvido no processo de tomada de decisões sempre que possível para que sua autonomia seja colocada em prática. A comunicação respeitosa nesse contexto implica em apresentar as informações de forma clara e acessível, permitindo que o paciente compreenda plenamente sua condição e as opções de tratamento disponíveis. Além disso, é fundamental ouvir as preocupações e perguntas do paciente, reconhecendo que suas escolhas e desejos desempenham um papel central na maneira como desejam lidar com a situação. Isso não apenas fortalece a confiança, uma vez que permite que o paciente exerça a sua autonomia em seu tratamento, mas também promove uma sensação de controle e dignidade durante um período desafiador da jornada de saúde do paciente. (Brasil, 2010)

É fundamental reconhecer a importância do cuidado integral ao paciente e, para que seja respeitada a sua autonomia e haja a implementação de um cuidado que visa promover a melhora da qualidade de vida do paciente, devem ser oferecidas informações sobre as opções de terapêutica disponíveis, incluindo tratamentos multidisciplinares que englobam de forma ampla os aspectos psicológicos, emocionais e sociais desse paciente. Nesse contexto, é essencial oferecer a opção de encaminhamento para profissionais e instituições que possam auxiliar nos diversos aspectos de sua vida, informando a respeito de seus benefícios (Júnior, 2019). Além disso, não podemos esquecer do impacto que a doença exerce sobre aqueles que estão relacionados ao paciente, a sua família e sua rede de apoio social mais próxima, os quais são extremamente importantes como auxiliares no processo de enfrentamento da doença e precisam passar por mudanças em todo o contexto familiar, como o marido da paciente em questão que a acompanha durante as suas consultas e tratamentos, fornecendo apoio a esposa (Salci, 2011). Assim sendo, a família representa uma importante ferramenta para o cuidado integral do paciente, sendo necessário incluí-la no planejamento terapêutico (Farinhas et al, 2013). Ademais, podemos informar a paciente a respeito da existência de grupos de apoio, nos quais pessoas com quadros clínicos semelhantes compartilham os seus sentimentos a respeito de sua situação, suas experiências, suas dificuldades e o que fazem para ajudar a superar esse momento tão difícil. O compartilhamento de experiências com outras pessoas pode ser um importante auxiliador para o enfrentamento de situações difíceis, promovendo a troca de conhecimentos, de estratégias, de interações que podem amenizar o sentimento de angústia com relação ao seu diagnóstico, uma vez que os indivíduos compreendem que não estão sozinhos durante esse processo. (Sousa et al, 2020).

Portanto, diante de um desafiador encontro no qual nos vimos confrontadas com a necessidade de comunicar notícias desfavoráveis a uma paciente, percebemos a importância de adquirir conhecimento mais profundo sobre esse processo, buscando maneiras de tornar esse momento menos angustiante tanto para os profissionais de saúde como para o paciente e seus familiares próximos. Assim, por meio de pesquisas aprofundadas sobre o tema, compreendemos que a comunicação de notícias difíceis requer características como empatia por parte dos profissionai, o respeito pela autonomia do paciente e a busca por fornecer cuidados abrangentes, incluindo diversas opções de tratamento que visam melhorar não apenas a condição clínica do paciente, mas também outros aspectos de sua vida que serão abruptamente alterados em decorrência dessa notícia. Esse processo foi de extrema importância para nossa formação acadêmica, não somente pelo conhecimento técnico adquirido em relação ao quadro da paciente, mas também por nos permitir um envolvimento em um momento tão delicado na vida de um ser humano, o que nos ajudou a compreender como a atitude médica pode ser capaz de impactar tão profundamente na vida de uma pessoa e na forma como alguém lida com uma notícia que afeta completamente sua rotina.

REFERÊNCIAS

[1] BAILE, Walter F., Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, SPIKES — Um protocolo de seis etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer, The Oncologist, Volume 5 , Edição 4, agosto de 2000, páginas 302–311, https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

[2] BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

[3] FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso>.

[4] SALCI, Maria Aparecida e Marcon, Sonia Silva. Enfrentamento do câncer em família. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2011, v. 20, n. spe, pp. 178-186. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500023>. Epub 02 Dez 2011. ISSN 1980-265X. https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500023.

[5] SILVA-XAVIER, Esther Almeida da; POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Comunicação de notícias difíceis: revisão integrativa sobre estratégias de ensino na formação médica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 3, p. 46-61, set. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2023. http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1045.

[6] SOUSA, Johnatan Martins et al. Effectiveness of therapeutic groups in psychosocial care: analysis in the light of yalom's therapeutic factors. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, suppl, e20200410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0410>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0410.

[7] Lopes-Júnior, Luis Carlos e Lima, Regina Aparecida Garcia de. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 1, e00193218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>. Epub 10 Jan 2019. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218.

CAPÍTULO

22

Nos primeiros passos: desafios e aprendizados do estudante de medicina no atendimento ambulatorial

Mariane Rabelo Coelho Fernandes, Moisés Ranay Santos Prado, Olívia David Pacheco de Faria Rodrigues

NARRATIVA REFLEXIVA

No quarto período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia iniciam-se os primeiros atendimentos ambulatoriais, mais especificamente nos ambulatórios didáticos de Pediatria e Ginecologia. Sendo assim, é necessário destacar que essa é a primeira vez que nós, alunos do quarto período, estamos atendendo e tomando frente das consultas ambulatoriais. Assim sendo, como alunos inexperientes, é esperado as consultas sejam baseadas em casos simples, sem muitas complexidades e, no caso do ambulatório de pediatria, a grande maioria seja consultas de rotina e puericultura, em que avaliamos peso, altura, crescimento, alimentação e o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, sendo que grande parte das vezes esses aspectos estão adequados para a idade da criança.

Entretanto, há alguns dias, nos deparamos com uma criança que possuía um atraso considerável em seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). A princípio um sentimento de insegurança e angústia surgiu em nosso grupo, composto por quatro pessoas, assim que lemos a anamnese anterior sobre o paciente. Dessa forma, escolhemos essa situação vivenciada no Ambulatório de Pediatria, pois diversos questionamentos sobre ser um bom médico, como lidar com situações delicadas e como conduzirmos uma consulta complexa sem ter domínio do conhecimento teórico-prático surgiram antes mesmo da consulta. Afinal, qual era a atitude profissional esperada de nós, como alunos que nunca tivemos contato com tal situação? Qual conduta deveríamos seguir? Como poderíamos passar tranquilidade aos pais se estávamos inseguros?

Além disso, por se tratar de um caso que envolvia uma criança, de certa forma projetamos nosso relacionamento com nossos sobrinhos (que não possuem nenhum atraso no DNPM) e imaginamos como seria receber tal notícia e como lidaríamos com ela. Particularmente, nos sentimos de certa forma tristes por sabermos das possíveis complicações e dificuldades que a criança e seus familiares já enfrentam e que poderão enfrentar no futuro. Esse sempre foi um dos medos relacionados a pediatria: o quanto os casos vistos no ambulatório, no pronto-socorro e na enfermaria poderiam afetar o nosso psicológico, visto que, ao contrário do que acontece em outros cenários, na pediatria, sentimos este impacto um pouco maior, devido ao relacionamento próximo que temos com as crianças em nossas famílias e o quanto imaginamos o que poderia acontecer com elas.

Enquanto tudo isso passava por nossas mentes, relembramos também os diversos textos que lemos na disciplina de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) sobre relação médico-paciente, as diversas simulações de encontros difíceis em saúde coletiva. Entretanto, naquele momento, a teoria parecia não se fazer presente na prática. E se falássemos algo inconveniente? E se nossos rostos demonstrassem nossa

preocupação e isso afastasse os pais durante o atendimento? E se no futuro, não formos bons médicos por deixarmos tantas questões nos afetar?

Então, o colega que estava no atendimento conosco, disse: “vamos ter que atender de uma forma ou de outra, então vamos fazer dessa experiência um aprendizado pro nosso futuro”. Assim, apesar de todos esses questionamentos e da insegurança, nós, os outros três, também decidimos: “iremos atender essa criança com calma e da melhor maneira que conseguirmos”. Assim, relembrando os textos, sentamos, conversamos brevemente e tentamos nos acalmar e discutir como cada um poderia contribuir para que a consulta pudesse ser realizada com profissionalismo e ética. Utilizamos o próprio cartão da criança para guiar a consulta sobre o Desenvolvimento Neuropsicomotor e conversamos com os pais a respeito do atraso. Para nosso alívio, a criança já fazia acompanhamento com fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais em uma instituição de referência para crianças com atraso no DNPM. Além disso, os pais se mostraram muito calmos e receptivos a conversar sobre o assunto, o que acabou por nos tranquilizar.

Outro ponto que despertou certa angústia durante a consulta foram os exames físicos e o medo de errar. Sempre fomos inseguros nesse aspecto. Por vezes deixamos de realizar alguma manobra, ausculta ou palpação ao longo dos três períodos anteriores, seja por vergonha, por receio de ser julgado ou pelo sentimento de “usar” o paciente. Esse sentimento de “usar” o paciente como “objeto de aprendizagem” é compartilhado por diversos alunos, conforme estudo publicado por Quintana e colaboradores (2007), o que gera angústia, constrangimento e por vezes um afastamento do aluno, o que prejudica a relação médico-paciente. Assim, para nós, tornou-se ainda mais importante colocar em prática os diversos ensinamentos aprendidos ao longo dos 4 eixos reflexivos. Afinal, de acordo com Boulos (1998), a formação médica “envolve a compreensão de regras sobre sentimentos, erros e manuseio de nossas falhas; em outras palavras, está relacionada à aquisição de caráter e identidade de médico”.

Dessa forma, durante a consulta, novos sentimentos surgiram: motivação e confiança. Motivação, pois relembrando a conversa que tivemos com outro colega, a única forma de se tornar um bom médico é treinando. Assim, o momento da consulta é uma oportunidade de colocar em prática a teoria e, por mais paradoxal que seja, errar e fazer do erro uma motivação para melhorar e utilizar isso como fator positivo para ser um bom profissional. E a confiança? Bom, ao longo de todo o período aprendemos sobre o exame físico pediátrico e realizamos o exame em consultas anteriores no ambulatório. Assim, o sentimento de “sou capaz” veio a tona nesse momento.

Tal situação nos fez refletir bastante acerca de nossas responsabilidades e, sobretudo, nas condutas e atitudes que devemos tomar quando formos médicos, afinal é dever do profissional da saúde saber se portar diante desses cenários adversos e, principalmente, ter a consciência que em sua vida profissional ele terá que lidar com problemas do mesmo nível ou, até mesmo, muito maiores. Outro ponto que podemos destacar, também, é a responsabilidade que nos é imposta e confiança que os pais e responsáveis das crianças que atendemos depositam em nós, mesmo sendo alunos inexperientes e, de certa forma, leigos.

Portanto, isso exige de nós, graduandos do curso de Medicina, uma enorme maturidade, que, às vezes, demoramos muito tempo para desenvolver e colocar em prática, já que nossa vida profissional nos cobrará isso a todo momento. Necessitamos, por fim, entender nosso papel como futuros médicos perante a sociedade e desenvolvê-lo

da maneira mais ética, profissional, amorosa e sábia possível para termos condições de proporcionar ao paciente o melhor atendimento possível.

Esse encontro reforçou o quanto ainda precisamos aprender e nos instruir tecnicamente, especialmente de forma prática, visto que entraremos no ciclo clínico no próximo período, mas também psicologicamente, visto que a medicina é movida a partir de encontro difíceis. Assim, devemos nos preparar e melhorar nossa forma de comunicação, nossos comportamentos não verbais, para que consigamos manter uma boa relação médico-paciente e cuidar dos pacientes de forma integral e de maneira ética e profissional, sem tratá-los como mero "objeto de aprendizagem" e sem perder a empatia. Afinal, acreditamos que a capacidade de ajudar um paciente está relacionada ao quanto conseguimos entender o que se passa tanto biologicamente, quanto social e psicologicamente com o indivíduo e as pessoas ao seu redor, mantendo ao mesmo tempo a racionalidade para que as melhores condutas sejam tomadas.

Por fim, é importante mencionar o quanto os colegas e professores do ambulatório se fizeram essenciais nesse episódio. É inegável o quão bem nosso grupo se dá e o quanto nossa capacidade de comunicação e divisão de tarefas é eficiente. Dessa maneira, isso é extremamente importante, já que, de acordo com os autores Cremonese e Marques (2011), "a presença do professor, o companheirismo do grupo e a colaboração do paciente para o estudante é muito importante, pois o ajudaria a amenizar seus temores e tensões frente às situações clínicas vivenciadas". Por isso, pensando na profissão médica, podemos perceber a relevância da boa relação com a equipe, visto que ela é capaz de passar confiança e segurança. Assim, falando especificamente dos autores deste texto, por sermos um trio que tenta estar junto desde o primeiro período, nos sentimos seguros um com os outros, mas sabemos também que devemos tentar manter essa mesma atitude com outros colegas e cuidarmos para não deixar nossa relação atrapalhar o encontro com o paciente, pensando sempre em manter uma postura e comunicação adequada.

REFERÊNCIAS

[1] BOULOS, M. Relação médico-paciente: o ponto de vista do clínico. In: Marcondes E, Gonçalves EL. orgs. **Educação médica**. São Paulo: Sarvier; 1998. p.50-57.

[2] CREMONESE, T. S.; MARQUES, I. R. Significados das primeiras experiências do estudante de enfermagem nos estágios clínicos. **Rev Enferm UNISA**, v. 12, n. 2, p. 94-9, 2011.

[3] QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 7-14, 2008.

CAPÍTULO

23 Ossos de vidro – das vulnerabilidades à violência

Luis Flávio Araújo de Oliveira, Paulo Vítor de Castro Vieira

Descrição da Experiência: Durante a aula de Semiologia, a prática da entrevista médica foi proposta e incentivada à dupla de estudantes pelo preceptor. Ao adentrarmos no quarto, nossa sensação foi de espanto e estranheza, pois, aparentemente, encontramos uma "criança" na enfermaria da Clínica Médica, ao invés da ala de Pediatria. A primeira impressão determinou o ritmo das perguntas iniciais, as quais foram dirigidas para a figura materna. Porém, as respostas, com falalúcida e consciente, vieram da paciente – portadora de Osteogênese Imperfeita tipo III - com estrutura corporal infantilizada, a qual já estava na sua segunda década de vida. A paciente, por mais que tenha vários problemas, se mostrava bastante animadae prestativa para nos responder, o que nos trouxe bastante tranquilidade, além de mostrar sua própria autonomia em responder no lugar da mãe, mostrando que ela reconhece suas limitações, porém se coloca muito aberta à discussão, prefere não esconder e não se sente intimidada em falar sobre a sua própria doença e nem sobreseus sentimentos e pensamentos.

Ao longo da anamnese, identificamos certas vulnerabilidades e violências, entre essas o preconceito e a exclusão social, em decorrência do relato de sua vida pessoale social, o tratamento médico recebido ao longo dos anos, a carência infraestrutural do próprio hospital e a superproteção materna limitadora do desenvolvimento pleno. Diante disso, essa conversa e experiência nos fez pensar e refletir sobre a importânciada superação na vida das pessoas e como saber levar a vida de forma mais leve mesmo durante diversas adversidades.

Justificativa: Considerando que o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (Bertolozzi; Nichiata; Takahashi; Ciosak; Hino; Val; Guanillo; Pereira, 2009), a escolha pelo caso se deu em virtude da vulnerabilidade da paciente imposta pela própria condição da doença apresentada, principalmente, pelo fato de que a enfermidade é de caráter congênito, o que mostra que as dificuldades enfrentadas pela paciente vem desde o início de sua vida, como também pelo fato deque as vivências da pessoa com essa comorbidade também implicou em diversas manifestações de violência sofrida ao longo de sua existência. Com isso, nos sentimos comovidos pela forma como a garota ressignificou sua condição a ponto de debater o assunto com naturalidade de confrontar todos os entraves com bom humore autoestima, dando-nos uma grande lição, uma vez que temos o hábito de reclamare de adotar postura resignada diante de questões que, muitas vezes, são de simples resolução, ensinamento que tentamos assegurar em nossa trajetória acadêmica.

Conduta, atitude e comportamento adotada pela dupla: Diante da realidade daquela paciente, buscamos demonstrar conforto e apoio à paciente, fazendo as perguntas de forma aberta e que permitisse conforto para que a garota respondessesem constrangimentos. Ademais, demonstramos interesse em conhecer seus hábitosde vida,

hobbies, atividades de lazer e opiniões, para que pudéssemos abordar a condição vivida por aquela menina do modo mais holístico possível, a partir do uso da escuta ativa e da empatia, a fim de nos colocarmos no lugar daquela paciente parainterpretar suas palavras e sentimentos da forma mais confraterna possível. Isso possibilitou uma anamnese com teor de conversa, deixando a jovem em uma posição segura para, inclusive, fazer brincadeiras, dar risada e querer cada vez mais compartilhar experiências conosco, o que valida a importância de estabelecimento devínculo entre médico e paciente para que haja confiança mútua e, por consequência,maior integralidade no tratamento.

Sentimentos durante a experiência: No decorrer da anamnese, vários foram os sentimentos vivenciados pela dupla. A princípio, fomos arrebatados por uma tristezaao escutar a história de vida da garota, associada à sensação de impotência, tanto pela condição da paciente ser congênita e não proporcionar possibilidade de cura, quanto pela nossa falta de conhecimento em relação ao tema. Contudo, à medida quea paciente se mostrava alegre e otimista em relação à sua expectativa de vida, mudamos nossa perspectiva e fomos tomados por grande alegria e solidariedade, pois percebemos ser essencial uma postura esperançosa diante de nossa realidade para mitigarmos os efeitos das mazelas que nos atingem. Outrossim, a conversa mostrou-se, em vários momentos, angustiante, dado que a garota queria se expressar, mas era frequentemente cerceada pela mãe, que respondia pela filha. Apesar dessa dificuldade, a menina se mostrou aberta ao diálogo, o que nos deu maior calma e tranquilidade para que pudéssemos desenvolver a comunicação da melhor forma possível. Portanto, no final da consulta, demonstramos a ela o quanto estávamos cativados por sua história e como aquele momento havia sido proveitosopara nossa formação enquanto estudantes e, acima de tudo, enquanto pessoas. A garota ficou muito feliz de termos ido até ela para dialogar.

Relação com o conteúdo: Ao nos depararmos com uma garota em situação de tamanha fragilidade e que, ainda assim, alimenta a constante esperança em um prognóstico positivo, é evidente a necessidade de um atendimento hospitalar que contemple o paciente de maneira integral, conjugando o bem-estar físico e psíquico.Essa ótica corrobora o trecho “O nascimento do hospital”, presente na obra “Microfísica do Poder” de Foucault, no qual ele aborda a mudança de perspectiva dotratamento hospitalar a partir do século XIX, em que essa instalação passa a ter focono cuidado e não mais representa simplesmente um ambiente de exclusão e pauperização (Ferla; Oliveira; Lemos, 2011**)**. Assim, ainda que a paciente entrevistada tenha uma série de dificuldades de adaptação a esse ambiente, o hospital oferece a ela uma segurança não apenas do ponto de vista profissional, mas oferece também cuidado psicológico e permite um acompanhamento minucioso de seu quadro, importante para o pleno desenvolvimento dessa jovem. Outrossim, é fundamental para o profissional de saúde adotar uma abordagem multifatorial para entendimento do paciente, a fim de utilizar a Medicina Centrada na Pessoa como forma de elaborar um plano terapêutico que se adeque às demandas psicoemocionaise sociais do indivíduo atendido (Ribeiro; Amaral, 2008).

Conclusão: A abordagem reflexiva da situação médico-paciente cumpre seu objetivode desvelar a importância do cuidado e da abordagem multifatorial para o real entendimento do paciente, uma vez que este é um indivíduo idiossincrático, dotado de uma história de vida, demandas emocionais e carências de ordem subjetiva, fatores que precisam ser trabalhados para que a plenitude de seu tratamento. Assim,em síntese, por meio dessa vivência, conseguimos sentir grande realização pessoal em poder contemplar um caso clínico que nos permitiu humanizar nossa conduta enquanto estudantes de Medicina, aperfeiçoando nossas habilidades de comunicação, de escuta ativa e de

estabelecimento de vínculos, aspectos que irão, de fato, favorecer nossa prática médica futuramente.

REFERÊNCIA

[1] BERTOLOZZI, Maria Rita; NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi; TAKAHASHI, Renata Ferreira; CIOSAK, Suely Itsuko; HINO, Paula; VAL, Luciane Ferreira do; GUANILLO,Mónica Cecília de La Torre Uguarte; PEREIRA, Érica Gomes. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 1326-1330, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600031.

[2] FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de l'aíso Ribeiío de; LEMOS, Flávia Cíistina Silveiía. Medicina e hospital. Ïíactal: Revista de Psicologia, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 487- 500, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.oíg/10.1590/s1984-02922011000300004. Disponível em: https://www.scielo.bí/j/fíactal/a/íyn3yLbMJwhVcnJl'sl'KNK8C/?lang=pt ModalAíti cles. Acesso em: 27 nov. 2022.

[3] RIBEIRO, Maíia Mônica Fíeitas; AMARAL, Caílos Faíia Santos. Medicina centíada no paciente e ensino médico: a impoítância do cuidado com a pessoa e o podeí médico. Revista Bíasileiía de Educação Médica, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 90-97, maí. 2008. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.oíg/10.1590/s0100-55022008000100012. Disponível em: https://www.scielo.bí/j/íbem/a/w6SY4smvDjdktNjJjhcG6tH/?lang=pt ModalAíticle s. Acesso em: 29 nov. 2022.

CAPÍTULO

24 O auxílio e ajuda aos enfermos – das vulnerabilidades e necessidades frequentes

Luis Flávio Araújo de Oliveira, Paulo Vítor de Castro Vieira

No dia 4 de setembro de 2023, nós visitamos o Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária (CREDESH) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), guiados pela professora do eixo de Saúde Coletiva Cinthia Domingos e pelos profissionais que trabalham no local.

Já desde o início da atividade, nos deparamos com a organização, limpeza e estruturação do espaço físico, onde cada sala e departamento estão bem indicados e nomeados, por exemplo, o ambiente para fisioterapia, para consulta com médicos,para avaliação odontológica, troca de curativos, entre outros. Nesse contexto, nos chama a atenção toda essa estrutura organizacional que demonstra a complexidadedo trabalho desenvolvido no CREDESH e, acima de tudo, a preocupação de todos os profissionais envolvidos com o acolhimento e o cuidado com os pacientes que chegam ao lugar. Posteriormente, nos foi ministrada uma palestra muito detalhada, feita pela Dra. Isabela, sobre a importância do trabalho realizado no CREDESH e como ele impacta de maneira significativa a vida dos inúmeros indivíduos atendidos,o que nos fez perceber que aquela visita em que estávamos nos sensibilizaria, pois um número considerável de enfermos hansênicos se deslocaram por grandes distâncias para encontrar um suporte maior e mais efetivo no Centro. Além disso, a doutora acrescentou a respeito da dinâmica do Centro, nos apresentou as ações daONG chamada “Casa das Bem Aventuranças”, que auxilia na arrecadação de recursos e na conscientização da população sobre a doença e por fim quais são os projetos e atividades futuras do Centro.

Diante disso, essa experiência da visita técnica nos fez pensar e refletir sobre as adversidades encaradas pelos doentes em seu cotidiano com a doença, a importância de um suporte mais especializado e direcionado na vida das pessoas que são acometidas pela hanseníase e suas famílias, e acerca de como lidar e enfrentar o estigma social dessa doença tanto na prática médica quanto na vida de forma geral.

Diante da realidade do local, buscamos demonstrar respeito e interesse pelo trabalho praticado no CREDESH, escutando atentamente as informações passadas, além de fazer as perguntas que nos permitissem compreender os pormenores da atuação dos profissionais do recinto. Ademais, ao longo da visita, demonstramos certo conhecimento sobre a Hanseníase em si e a respeito do tratamento, haja vistaque nós já tivemos aulas em ambiente acadêmico da universidade sobre o tema, então foi possível entender mais profundamente as ações e procedimentos executados pelos profissionais do CREDESH. Outrossim, a “Casa das Bem Aventuranças” auxilia a atuação do Centro através da prestação de serviços, fato que estimula a organização de segmentos da sociedade e a mobilização em tornode direitos difusos e específicos, visando o desenvolvimento social e o fortalecimento da cidadania (Costa; Silva; Bonan, 2011). Com isso, construímosuma postura empática e cordial quando visitamos a ONG, que se localiza nas proximidades e dedica-se ao amparo dos enfermos junto ao Centro, a partir de ações junto à comunidade,

como bazar, rodas de conversa, a possibilidade de eventos beneficentes que angariam fundos para o processo terapêutico e para uma melhor qualidade de vida dos enfermos.

Considerando que o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (Bertolozzi; Nichiata; Takahashi; Ciosak; Hino; Val; Guanillo; Pereira, 2009), a escolha pelo caso se deu em virtude da vulnerabilidade dos pacientes imposta pela própria condição da doença apresentada, de modo que um serviço multidisciplinar éessencial para a promoção do bem-estar dessas pessoas em seu caráter integral. Dessa forma, a visita foi inspiradora, uma vez que nos apresentou um ambiente queé referência nacional no tratamento de Hanseníase, em que são desenvolvidas pesquisas pioneiras e estudos de primeira linha no tratamento e cuidado em relação aos pacientes. Isso nos motiva a sermos melhores profissionais e a buscarmos a excelência tanto na prática quanto nos estudos científicos, a fim de garantir a efetividade da saúde ao maior número possível de indivíduos.

No decorrer da visitação, vários foram os sentimentos vivenciados pela dupla. A princípio, fomos arrebatados por uma surpresa enorme devido ao nível bastante elevado de estruturação, de planejamento e sistematização do local, nos deixando orgulhosos e satisfeitos por ter, em nossa cidade, um centro de referência para Hanseníase que possa receber pessoas pessoas de qualquer parte do país que passam por essa situação de saúde, buscando por um tratamento e apoio dignos. Além disso, na medida em que a palestra da Dra. Isabela fluía, foi bastante gratificante ver que nossos conhecimentos adquiridos ao longo do início de nossa formação acadêmica estão sendo úteis e bem aplicados, já que o entendimento referente às falas da palestrante foram bem captadas e inteligíveis para nós, e é muito recompensador perceber que está realmente ocorrendo o processo de aprendizagem durante o curso de graduação. Um ponto específico durante a ida ao CREDESH que nos marcou profundamente e que aumenta nossa esperança para um olhar mais compreensivo e inclusivo da população como um todo para a questãoreferente aos cuidados às pessoas hansênicas é o esforço que sempre é feito pela ONG “Casa das Bem Aventuranças” no intuito de garantir assistência e recursos a esse grupo social que até então se encontra em vulnerabilidade social e assistencial em todo o território brasileiro.

Ao nos depararmos com pacientes em situação de tamanha fragilidade, permeada por inúmeras carências infraestruturais e que ainda assim alimentam a constante esperança de um prognóstico positivo, é evidente a necessidade de um atendimento hospitalar e assistencial como o desempenhado no CREDESH, onde é oferecida uma segurança não apenas do ponto de vista profissional, mas também cuidado psicológico. O CREDESH permite um acompanhamento minucioso do quadro clínico dos pacientes, importante para uma boa recuperação e sem maiores sequelas, sendo exemplo para vários outros lugares pelo Brasil por levar melhor qualidade de vida e dignidade a mais pessoas e familiares que convivem com a realidade da doença. Outrossim, é fundamental para o Centro adotar uma abordagem multifatorial para entendimento dos pacientes, a fim de utilizar a Medicina Centrada na Pessoa como forma de elaborar um plano terapêutico que se adeque às demandas psicoemocionais e sociais do indivíduo atendido, visto que a Hanseníase é uma doença que foi e ainda é demasiadamente estigmatizada na sociedade brasileira.

A partir da experiência descrita, a abordagem reflexiva frente à situação vivida na visitação cumpre seu objetivo de desvelar a importância de valorização e apoio de todo o trabalho feito nesse complexo hospitalar e também na ONG, onde é visto de forma contundente o cuidado e a abordagem multifatorial dos enfermos, uma vez que estes

são indivíduos idiossincráticos, dotados de uma história de vida, demandas emocionais e carências de ordem subjetiva, fatores que precisam ser trabalhados para a plenitude de seu tratamento. Assim, em síntese, por meio dessa vivência, conseguimos sentir grande realização pessoal em poder contemplar um importante centro de cuidados aos indivíduos com Hanseníase e que nos permitiu humanizar nossa conduta enquanto estudantes de Medicina, aperfeiçoando nossas habilidades de comunicação, de escuta ativa e de estabelecimento de vínculos, aspectos que irão, de fato, favorecer nossa prática médica futuramente.

REFERÊNCIAS

[1] BERTOLOZZI, Maria Rita; NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi; TAKAHASHI, Renata Ferreira; CIOSAK, Suely Itsuko; HINO, Paula; VAL, Luciane Ferreira do; GUANILLO, Mónica Cecília de La Torre Uguarte; PEREIRA, Érica Gomes. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 1326-1330, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600031.

[2] COSTA, Ana Maria Aranha Magalhães; SILVA, Kátia Silveira da; BONAN, Cláudia. Organizações Não Governamentais na área da Saúde da Criança - revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 7, p. 3181-3196, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000800018.

CAPÍTULO

25 Desafios e oportunidades: explorando o Case-Based Learning (CBL) no ensino de medicina

Isabelle Louise Morais Ribeiro, Yasmin Emerick Ebeidalla

Nossa jornada acadêmica no 6º período do curso de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) tem sido marcada por uma experiência profunda com a metodologia Case-Based Learning (CBL). Esta abordagem pedagógica inovadora tem desafiado nossa aprendizagem tradicional das disciplinas de cardiologia, pneumologia, gastroenterologia e pediatria. Neste relato, iremos refletir sobre nossa experiência com o CBL, explorando tanto os benefícios quanto os desafios enfrentados ao longo desse processo de aprendizado.

A escolha de discutir a experiência vivenciada com o CBL nas disciplinas supracitadas decorre da relevância das mesmas para nossa formação médica e do profundo impacto que essa metodologia introduziu em nossa abordagem ao conteúdo. Através do CBL, fomos estimulados a desenvolver uma compreensão mais aprofundada e prática dos conceitos teóricos, permitindo-nos estabelecer uma conexão direta entre a teoria e a prática clínica (Teixeira, 2019). O CBL apresentou uma abordagem mais interativa e envolvente para o ensino, estreitando a distância entre a teoria e a prática, revolucionando nossa percepção do conteúdo.

Entretanto, no início, a transição para o CBL nos apresentou desafios significativos. Fomos confrontadas com a necessidade de aprender de forma mais autônoma, abandonando a estruturação tradicional de aulas expositivas, com as quais estávamos familiarizadas. A aprendizagem ativa e a busca independente por conhecimento requerem uma postura proativa da nossa parte, o que inicialmente foi um desafio (Silva, 2020). A responsabilidade pelo nosso próprio aprendizado nos impeliu a desenvolver habilidades de pesquisa e análise crítica, essenciais para o nosso crescimento profissional.

À medida que a experiência com o CBL avançou, experimentamos uma gama variada de sentimentos. Inicialmente, houve apreensão e insegurança devido à mudança de paradigma no processo de aprendizagem. Entretanto, à medida que mergulhamos mais profundamente nesse método, os sentimentos de apreensão foram gradualmente substituídos por entusiasmo e confiança à medida que começamos a vislumbrar os benefícios tangíveis dessa abordagem inovadora.

Dentre os benefícios que pudemos observar, destacamos a maior liberdade no aprendizado, pois quando comparamos o CBL com uma aula teórica percebemos que na aula teórica nós ficamos reféns, naquele momento, do conhecimento trazido pelo professor, o qual nem sempre é o mais atualizado, visto que em Medicina novas diretrizes são publicadas todos os dias. Já com o método CBL, por exigir que estudemos antes da discussão do tema, cada um de nós fica livre para fazer sua pesquisa na bibliografia que preferir e o conhecimento é construído em conjunto com nossos colegas sob a tutela de um especialista naquela área médica.

Acrescentamos ainda, como ponto positivo, o desenvolvimento de “soft skills” que o CBL está nos proporcionando tais quais a oratória, por termos que fazer apresentações sobre diversos temas, o pensamento crítico e a habilidade de resolução de problemas, por trabalharmos com casos verossimilhantes. Ou seja, o CBL não apenas nos ajuda a adquirir conhecimento sobre tópicos específicos, mas também desenvolve uma variedade de “soft skills” que são altamente valorizadas no mercado de trabalho e na vida cotidiana, mostrando-se muito útil ao nosso ver (Deep, 2020).

Em contrapartida, um dos principais desafios enfrentados durante essa experiência é a variação na aplicação do CBL entre diferentes professores. Alguns proporcionam diretrizes claras e oferecem suporte estruturado, enquanto outros adotam uma abordagem mais “laissez-faire”, deixando os alunos mais livres para explorar e aprender de forma independente. Essa inconsistência na aplicação da metodologia gera confusão e desorientação, tornando a experiência menos uniforme entre os alunos.

Além disso, a sensação de que talvez não estejamos aprendendo o suficiente em comparação com métodos de ensino mais tradicionais é uma preocupação recorrente. A natureza autônoma do CBL faz com que nos questionemos se estamos adquirindo o conhecimento necessário para atender aos rigorosos requisitos da profissão médica. Essa insegurança pode levar a momentos de ansiedade e desmotivação, especialmente quando os resultados não são prontamente evidentes, como acontece, por exemplo, nas avaliações baseadas em pré e pós-testes.

Outro ponto que para nós mostrou-se desvantajoso em contraposição a metodologia tradicional foi o grande número de alunos distribuídos nos grupos. Na teoria, para que o CBL possa ser realmente aproveitado, o ideal seria que fossemos divididos em pequenos grupos de 6 a 10 alunos. No entanto, por uma falta de disponibilidade de docentes, fomos alocados em grandes grupos com mais de 20 alunos. Isso impactou negativamente em nossa experiencia com o CBL, pois impediu a participação e imersão verdadeira de todos na metodologia, gerando em nós um sentimento de ineficácia.

O Case-Based Learning, apesar de apresentar desafios e incertezas, revela-se uma metodologia de ensino valiosa quando aplicada com eficácia. Superar as dificuldades inerentes a essa abordagem requer adaptação por parte dos alunos e, em alguns casos, uma orientação mais direcionada por parte dos professores para garantir que os objetivos de aprendizado sejam alcançados. A experiência, apesar de complexa, tem se mostrado essencial para nossa formação médica.

REFERÊNCIAS

[1] Deep, S. (2020)**. The Problem- Based Learning Approach towards Developing Soft Skills: A Systematic Review**. The Qualitative Report, 25(11), 4029-4054. Retrieved from https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss11/13

[2] Silva, C. A. (2020). **Desenvolvendo habilidades de pesquisa e análise crítica no Case-Based Learning.** Revista Brasileira de Educação Médica, 44(2), 88-97.

[3] Teixeira, L. M. (2019). **Conexão entre teoria e prática: O impacto do Case-Based Learning na formação médica.** São Paulo: Editora da Universidade.

CAPÍTULO

26 Aprendendo a exercer a liderança com as aulas de urgência e emergência

Bárbara Maria Veríssimo Sabino, Debora Cruvinel Ferreira

A partir do 6° período do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) foi iniciada a disciplina de Urgência e Emergência. Com essa disciplina estamos desenvolvendo habilidades no atendimento de paciente da urgência e emergência, aplicando os protocolos clínicos e realizando procedimentos. Dentre as emergências médicas, a parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como cessação ou redução da atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de circulação, sem pulso central detectável, além de apneia ou respiração parcialmente ausente, que culminam em redução do aporte de oxigênio aos tecidos, sendo uma das principais causas de morte no mundo (Silva, 2016). Há estimativas de que, anualmente, 200 mil pessoas sofram uma PCR no Brasil (Bravin e Seixas,2018).

Nessa perspectiva, escolhemos por uma vivência que foi realizada na aula prática de urgência e emergência. Tais aulas tem nos proporcionado diversas situações desafiadoras e enriquecedoras, porém escolhemos destacar um momento em particular. Durante a simulação de atendimento a um paciente com parada cardiorrespiratória, fomos designadas como líder da equipe de ressuscitação. Optamos por esse momento porque ele nos permitiu experimentar uma posição de responsabilidade e liderança em uma situação de muita pressão, o que é essencial para a prática de medicina em urgência e emergência.

Nossa atitude e comportamento como líder da equipe de ressuscitação foram cruciais para o sucesso do atendimento. No início, sentimos uma mistura de nervosismo e ansiedade, pois a situação simulada era intensa e desafiadora. No entanto, conseguimos manter a calma e orientar a equipe de acordo com as diretrizes estabelecidas. Durante a ressuscitação, percebemos que a comunicação eficaz, a liderança assertiva e a distribuição de tarefas foram fundamentais para manter o ritmo e a eficiência da equipe.

Além disso, apesar do trabalho ser em equipe, o líder é quem decide o que a equipe irá fazer no final, sendo assim, é fundamental que baseie suas escolhas com base científica, como ter uma postura baseada no utilitarismo, visto que, ele pode fornecer uma abordagem ética valiosa para analisar e tomar decisões relacionadas a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (Neves, 2010). Como exemplo, as decisões relacionadas ao fim da vida, o utilitarismo pode ajudar se faz o procedimento no caso de pacientes com prognóstico terminal ou muito ruim, avaliando- se a ressuscitação vai prolongar a vida com qualidade ou aliviar o sofrimento, ou se pode ser considerado fútil e resultar em sofrimento desnecessário. Não só isso, como também pode ser aplicado na hora de analisar a qualidade de vida de uma pessoa após a aplicação da RCP.

Refletindo sobre essa experiência, reconhecemos a importância de estar preparadas emocionalmente e tecnicamente para liderar em situações de emergência. Durante o momento em que atuamos como líder, experimentamos uma gama de

sentimentos, incluindo ansiedade, responsabilidade, e, eventualmente, uma sensação de satisfação após o sucesso do atendimento simulado. A ansiedade inicial deu lugar a uma concentração intensa, à medida que nós e equipe trabalhávamos juntos para seguir o protocolo de ressuscitação. Após a simulação, sentimos muito orgulho da equipe e gratas pela oportunidade de aprender e praticar as habilidades.

Uma das principais necessidades de aprendizagem que identificamos foi a importância do treinamento contínuo em habilidades de liderança e comunicação em cenários de emergência.

Outrossim, reconhecemos a necessidade de aprimorar nosso conhecimento em relação às últimas diretrizes de RCP e a habilidade de adaptar as ações de acordo com as circunstâncias específicas do paciente. Em resumo, a aula prática de urgência e emergência proporcionou uma experiência valiosa que nos permitiu refletir sobre nossa atitude, identificar necessidades de aprendizagem e buscar o conhecimento necessário para aprimorar nossas habilidades na área. A liderança em emergências e a comunicação eficaz são aspectos cruciais do atendimento em urgência e emergência, e estamos comprometidas em aprimorar essas habilidades para melhor servir aos pacientes em futuras situações de crise.

Nesse sentido, como está sendo visto no eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) do 6º período, o quão importante é a liderança no trabalho em equipe. Ademais, por meio das atividades propostas estamos constantemente desenvolvendo habilidades comunicativas, não apenas para comunicarmos com nossos futuros pacientes, mas também para aprendermos a comunicar com nossos futuros colegas de profissão e outros profissionais da área da saúde a fim de proporcionar uma comunicação adequada para o melhor bem-estar do paciente. Logo, percebe-se que o eixo de ASRF tem como objetivo incentivar, acompanhar e estimular os alunos durante seus diferentes momentos acadêmicos, ou seja, desde o primeiro até o último período, quanto à aquisição e desenvolvimento das habilidades do papel de médico, incentivando a reflexão e crítica das ações e interfaces das ações médicas. As atividades desenvolvidas, ao longo do curso, pretendem desenvolver habilidades sensoriais e reflexivas, aprimorando o perceptual, interacional, comunicacional e relacional dos estudantes, bem como favorecer comportamentos, atitudes afirmativas e éticas necessárias para uma prática adequada ao futuro médico (Projeto Pedagógico, 2019)

Portanto, a experiência vivenciada foi disparadora de diversas reflexões acerca da formação médica, além de contribuir significativamente para que fosse desenvolvida a autonomia das estudantes de Medicina no processo de ensino-aprendizagem. Com essa vivência percebemos que estamos nos sentindo cada vez mais seguras e empoderadas, uma vez que o nosso currículo atual busca aliar a teoria alicerçada na prática. Por fim, para nós a experiência relatada na presente narrativa foi muito enriquecedora e nos trouxe amadurecimento para nossa formação acadêmica, bem como para nossa futura profissão.

REFERÊNCIAS

[1] Bastos, T. da R., Silva, M. S. A. da ., Azevedo, C. P., Bordallo, L. E. dos S., & Soeiro, A. C. V.. (2020). Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Suporte Básico de Vida no Atendimento à Parada Cardiorrespiratória. *Revista Brasileira De Educação Médica*, *44*(4), e111. https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200123 Acesso em: 14 out. 2023

[2] Bravin R, Sobrinho A, Seixas M. A importância do Suporte Básico de Vida na Odontologia. RFO UPE. 2018;23(3):371-6. Acesso em: 14 out. 2023

[3] Silva RMFL, Silva BAGL, Silva FJM, Amaral CFS. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):427-435. Acesso em: 14 out. 2023

[4] NEVES, D. A. das. O critério utilitarista será adequado para situação de risco?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet], v. 10, p. s347-s353, dez. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600012. Acesso em: 14 out. 2023.

[5] **Projeto Pedagógico**. Disponível em: <http://www.famed.ufu.br/graduacao/medicina/projeto-pedagogico>. Acesso em: 14 out. 2023.

CAPÍTULO

27 Renascer e despedir: experiências no pronto socorro obstétrico

Ana Beatriz Amorim Nunes, Rafaela Pereira Anelvoi

Em uma atividade ligada ao eixo de Saúde Coletiva IV, visitamos o Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia (PS-GO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) no dia 21 de novembro de 2022. Como parte do trabalho, precisávamos conversar com uma paciente a fim de coletar informações que nos permitiriam redigir um relatório baseado em suas vivências, entendendo suas experiências em saúde e considerando suas vulnerabilidades e determinantes sociais. Devido à atividade ter sido efetuada no PS-GO, fomos convidados pela equipe multiprofissional a assistir duas cesáreas que seriam realizadas naquele momento. Decidimos, portanto, relatar nossa experiência em relação aos dois partos que acompanhamos, uma vez que, devido ao nosso interesse em nos especializarmos em GO, fomos marcadas positiva e negativamente pelo que vivenciamos nesse momento de grande sensibilidade na vida de uma mulher e de sua família.

A primeira cesária foi marcada por um ambiente inicialmente receptivo, em que toda a equipe obstétrica era composta por mulheres, algo distinto das demais cirurgias que havíamos presenciado ao longo do curso. Entretanto, a chegada do chefe de departamento de obstetrícia do dia, único homem presente na sala cirúrgica, mostrou-se constrangedora devido a rigidez em que o ensinamento da R1 era pautado. Palavras de tom agressivo e crítico foram deferidas à futura cirurgiã múltiplas vezes, desconsiderando a presença da gestante e do pai na sala. No geral, o procedimento mostrou-se para nós como bruto, rápido e rotineiro, mas ao mesmo tempo belo e marcado pelo choro estridente da vida que acabava de conhecer o mundo pela primeira vez.

A movimentação na sala cirúrgica ao lado estava intensa e um amigo interno estagiário de neonatalogia nos chamou para que pudéssemos acompanhar o parto que iria acontecer nos próximos minutos. Em uma breve explicação, tivemos consciência de que se tratava de um parto prematuro, de 28 semanas, em decorrência de um Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), em que o feto apresentava má-formação congênita. A gestante recebeu anestesia geral e o marido foi chamado às pressas para acompanhar a cirurgia. O mesmo parecia perdido e possuía um olhar de desespero, que buscava algo para se apoiar naquele momento de angústia e desconhecimento. A equipe de neonatologia estava preparada com os equipamentos de UTI ao lado da mesa cirúrgica, esperando para recepcionar a criança. O nascimento foi marcado pelo silêncio que tomou conta de toda a sala. Tentativas de intubação da pequena vida que estava diante de nós foram realizadas do lado de um pai impotente que segurava um choro inevitável. Após alguns minutos, as tentativas cessaram e a criança que pouco viveu foi vestida com a mesma roupa e touca em que o bebê da sala ao lado experienciava o colo da mãe pela primeira vez. Os sentimentos de angústia e tristeza tomaram conta do nosso corpo, que tentava compreender a finitude daquela vida que nada viveu.

Posteriormente, o inevitável ocorreu. A notícia foi dada ao pai pela neonatalogista, mas o homem sem entender a situação, virava-se a todos ali presentes, inclusive nós, e perguntava: “Ela morreu?”. O sim que ecoou nos nossos ouvidos foi responsável por gerar um choro que fora contido durante toda a cirurgia. Ele recuperou as forças e perguntou: “Posso segurá-la?". Após o consentimento da médica o pai segurou a criança em um choro inconsolável que nos desestabilizou, levando a nossa saída. O choro distante, se misturou com as nossas lágrimas, pois não estávamos preparadas para presenciar a primeira morte e acreditamos que ninguém nunca estará.

Diante dessa experiência, reconhecemos como necessidades de aprendizagem um maior desenvolvimento de ferramentas emocionais para que o estudante e futuro profissional consiga lidar melhor com situações de grande vulnerabilidade, como o momento de transmitir notícias difíceis para a família e para o paciente, a fim de aprimorar a relação médico-paciente e de manejar de forma mais tênue os processos de transferência e contratransferência. Para isso, após realizar uma busca qualificada de textos relacionados a tais necessidades, compreendemos que cabe ao médico desenvolver a escuta qualificada e a capacidade de se colocar no lugar do outro, considerando o paciente como um ser-no-mundo contextualizado, isto é, a relação de cuidado deve ser criada a partir do entendimento de quem será cuidado como um indivíduo com suas particularidades e sua própria história (Carvalho, 2018).

Percebemos também, fazendo um paralelo da situação ao que Cabeça *et al* (2022) descreve sobre a comunicação de notícias difíceis no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, que o que vivenciamos do sofrimento do pai pode ter sido agravado pela dificuldade de compreensão das informações enunciadas, diante da relativa complexidade da linguagem utilizada pela profissional que levou a mensagem.

Sendo assim, pudemos assimilar a importância de ferramentas de aprendizagem de metodologias ativas que fujam ao modelo tradicional e tecnicista do ensino médico, como psicodramas, “role-play”, pacientes simulados, entre outros, no tocante ao desenvolvimento por parte do aluno de habilidades comunicativas e humanistas de atenção à saúde, as quais, segundo Carvalho (2018), garantem ao estudante a capacidade de estabelecer melhores relações de cuidado com seus pacientes sem comprometer sua saúde mental. Isso acontece visto que os métodos ativos inserem o aluno como protagonista na obtenção do saber, o qual é alcançado de forma mais dinâmica e que permite a reflexão e construção crítica da sua própria identidade enquanto futuro profissional da área.

REFERÊNCIAS

[1] CARVALHO, Maria Dulce Santiago de. Do encontro consigo ao encontro com seu paciente: o psicodrama na formação médica. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 72-83, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 nov 2022.

[2] CABEÇA, L. P. F. et al. Da técnica à tékhnē: comunicação de notícias difíceis em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

[3] CARVALHO, M. D. S. DE. Comunicação de notícias difíceis na formação do estudante de Medicina: uma experiência utilizando o psicodrama. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, 2022.

CAPÍTULO

28 Os desafios do atendimento de crianças surdas: onde a universidade falha?

Anna Maria de Senna Migueletto, Iago Resende Carvalho

Nesse período, algumas experiências de atendimento nos marcaram, mas sem dúvidas uma situação ocorrida no ambulatório de pediatria foi a principal. Atendemos uma menina de 7 anos que possuía uma deficiência auditiva total com implante coclear bilateral, e que se recusava a usar o implante. Nossa comunicação baseou-se na leitura labial da paciente e do uso da libras. Essa experiência nos marcou duplamente, tanto pela percepção da libras como um importante recurso de comunicação, quanto pela necessidade de nos adaptar a uma realidade, de entender e acolher as demandas e sentimentos daquela paciente para elaboração de um plano terapêutico compartilhado eficaz frente às dificuldades inéditas de atendimento.

O nosso sentimento inicial foi de apreensão frente ao caso, visto que nunca tínhamos atendido uma paciente com deficiência auditiva e que nenhum de nós dominava plenamente a Língua Brasileira de Sinais. Para prosseguirmos com o atendimento nos baseamos em algo que era para nós algo que poderíamos aplicar para todos os pacientes, consideramos a Medicina Centrada na Pessoa (Ribeiro; Amaral, 2008), que consiste em uma abordagem que coloca a própria paciente no centro de seus cuidados de saúde. Para isso, buscamos considerar as necessidades, valores e preferências individuais da paciente, bem como ouvir as demandas da mãe frente ao quadro da filha surda, em busca de acolhê-las e também propiciar o bem-estar físico, emocional e psicológico da criança, de modo a promover uma melhora na qualidade de vida da paciente e a satisfação de ambas com o tratamento. Essa prática buscou uma relação mais equilibrada e participativa entre pacientes, nós alunos que manejamos o atendimento e o chefe da pediatria, com o objetivo de alcançar melhores resultados clínicos e uma experiência mais inclusiva para o paciente. Assim, utilizamos de um modelo de atenção para nos permitir acolher e atender a paciente mesmo em um cenário novo e com dificuldades que não havíamos nos deparado anteriormente, visto que não tínhamos um contato aprofundado com a libras, em virtude das poucas oportunidades disponíveis.

O cenário apresentado revela uma importante falha do ensino médico: não existem métodos eficazes implementados atualmente para favorecer um atendimento inclusivo da população surda. É imprescindível que o médico tenha conhecimento necessário para se comunicar com o paciente surdo, tendo em vista que o uso de intérpretes, ainda que auxilie o atendimento, não garante a qualidade do atendimento por dois motivos: o curso de libras não é específico do contexto médico, o que pode causar problemas na comunicação de termos técnicos, e a presença de uma terceira pessoa causa uma redução do sigilo da consulta e pode gerar um desconforto por parte do paciente (Chaveiro et al., 2010; Gomes et al., 2017; Pires; Almeida, 2016).

Gomes et al. (2017) descrevem ainda que, em entrevista, embora 77 dos 101 médicos entrevistados considerassem libras importante para a prática médica, apenas 1 médico declarava ter conhecimento básico da língua, o que reflete o cenário precário da

educação dos profissionais em fornecer cuidado aos indivíduos surdos. Isso explicita que, embora os profissionais reconheçam a importância da libras tal como nós, poucos sabem efetivamente aplicá-la de maneira básica, o que prejudica a coparticipação do paciente surdo na construção do plano terapêutico compartilhado, algo que é de suma importância para a terapêutica desse paciente .

Pires e Almeida (2016), em entrevista com 26 surdos de uma escola pública, foi relatado o desconforto nessa relação baseada na presença de um acompanhante, visto que reduz a sensação de sigilo médico. Não obstante, foi relatado que o médico muitas vezes se dirige diretamente ao intérprete e ignora o paciente surdo, o que vai na contramão do atendimento centrado na pessoa.No nosso atendimento, buscamos por mais que tivéssemos limitações a buscar entender as demandas da própria paciente e poder auxiliá-la no seu plano terapêutico.

Com esse atendimento, percebemos a necessidade de aprender sobre as demandas dos pacientes surdos e como eles veem o atendimento médico, ainda mais no contexto pediátrico, e de nos adaptarmos para suprir essas demandas com um atendimento humanizado, integral e colaborativo, ressaltando o que foi aprendido em aula Percebemos, ainda, que um canal de comunicação adequado é imprescindível para criação de um plano terapêutico compartilhado, de forma que uma barreira linguística pode tanto reduzir a participação do paciente nessa construção, quanto prejudicar a criação de uma boa relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

[1] CHAVEIRO, N. et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, 24 dez. 2010.

[2] GOMES, L. F. et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 551–556, dez. 2017.

[3] PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A Percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 26 ago. 2016.

[4] RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90–97, 1 mar. 2008.

CAPÍTULO

29

Tabelando realidades: uma reflexão sobre a experiência de territorialização em saúde coletiva

Elisa Santos Pennisi, Fernanda Fernandes Gonçalves Ribeiro

Em Saúde Coletiva, após quase dois anos isolados em casa devido à pandemia, começamos a reposição prática de algumas matérias. Minha turma quase não se conhecia presencialmente, mas ficamos responsáveis por fazer a territorialização do assentamento Santa Clara, com o objetivo de tabelar os dados sobre a região. Nos deparamos com uma situação diferente das que cotidianamente vivenciamos, já que é uma região com moradores de baixo poder aquisitivo, sem asfalto, saneamento básico e muitas vezes organizada por traficantes. Entrevistar os moradores nos colocava a par de como os indivíduos dessa região sobreviviam, muitos nos recebendo solícitos a ajudar e outros não atendendo as portas por medo. Quantas pessoas vivem nessa situação no nosso país? O conhecimento sobre a situação social dos moradores da região fomentou discussões que trouxeram sentimentos de surpresa, incredulidade e tristeza em grande parte da turma, assim escolhemos essa situação porque nos mostrou como algumas vivências nos exigirão conhecimentos emocionais, os quais devemos estar preparados durante o curso, para que consigamos concluir o objetivo da nossa futura profissão de forma respeitosa e eficiente.

Como dupla na vivência, nós conseguimos discutir bastante acerca da situação ao nosso redor, relacionando-a com as desigualdades sociais e como os indivíduos se articulam por relações reguladas pelo medo ou falta de recursos, que possibilita que alguns moradores que têm melhores condições financeiras consigam influenciar ou controlar as pessoas, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. Dessa forma, como estudantes, tentamos intervir o mínimo possível no cotidiano da população, para não causarmos futuras discussões, assim só coletamos dados de pessoas que realmente demonstravam interesse.

Analisando a situação de negligência, discutimos entre nós a sensação de impotência, visto que não conseguiríamos mudar tal realidade, o máximo que poderíamos fazer como estudantes, naquele local, seria tratar a todos com respeito e dignidade. Desse modo, foi esse objetivo em dupla que tentamos cumprir, abordar os moradores com educação, escutar suas reclamações compreensivamente, de forma atenciosa para demonstrar que realmente nos importamos, e ter contato com diferentes histórias de vida com certeza contribuiu no sentido de desenvolver empatia, necessária no convívio com outras pessoas e no nosso atendimento como futuras profissionais, como é previsto, no artigo 3°, da Diretrizes Curriculares Nacionais, de 2014:

> "O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença."

Neste sentido, essa atividade, nos possibilitou desenvolver novas habilidades, já que é possível relacionar essa situação com a teoria das Inteligências Múltiplas (Gardner, 1997), que nos provou que a cognição humana é composta por diferentes facetas, sendo que todas se associam para que consigamos resolver problemas. Infelizmente, presenciamos, ouvimos notícias ou até mesmo nós somos tratados de maneira grosseira muito corriqueiramente por indivíduos que possuem um diploma de médico, mas que, no exercício da profissão, demonstram que estão ali meramente por dinheiro e/ou prestígio, entretanto não se importam o mínimo com a vida das pessoas o que, na verdade, deveria ser a maior prioridade da medicina. E a maior surpresa foi perceber que, muitos desses profissionais, já são assim no momento em que entram na faculdade, porque muitos de nossos colegas tiveram atitudes arrogantes parecidas ao entrarem em contato com pessoas com um menor poder aquisito, o que reforça a necessidade de desenvolvimento dessas diferentes formas de inteligência durante nossa formação médica.

Por isso, dentro da nossa experiência a pergunta que guiou nossa escrita foi: como ensinar conceitos socioemocionais que serão necessários fora do âmbito estudantil? Tendo isso em vista, o desenvolvimento de novas habilidades emocionais depende de discussões e preparo anterior à sua utilização, de modo a desenvolver formas de compreender cada situação e se posicionar adequadamente em cada uma das diferentes vivências que teremos durante nossa vida profissional.

As habilidades não cognitivas são habilidades que compreendem construtos de diferentes categorias, tais como atitudes, crenças, qualidades emocionais e sociais e traços de personalidade (Lipnevich & Roberts, 2012). Dessa forma, com base na vivência, vemos que seria muito importante que dentro do nosso currículo, além da grande carga teórica de atividades reflexivas sobre como lidar com o próximo, tivesse locais apropriados para desenvolver com pessoas reais os tão mencionados “soft skills”, os quais são habilidades comportamentais importantes para conseguirmos nos destacar no convívio no mercado de trabalho. Nessa nossa vivência teria sido enriquecedor que nossa sala tivesse passado por uma atividade que nos possibilitasse desenvolver as habilidades citadas, além de nos preparar melhor poderíamos ter sido mais acolhedores e os indivíduos não precisariam passar por situações desmotivadoras com outros colegas que não sabiam como lidar bem com uma situação que foge do nosso cotidiano.

Por fim, é relevante destacar a importância desse contato que tivemos com as pessoas do assentamento - e que temos com vários pacientes no HC/UFU também - para a modulação da forma como estabeleceremos nossa relação com nossos futuros pacientes, uma vez que esta relação médico-paciente é extremamente preditiva de adesão terapêutica e que, ao desenvolvermos a habilidade de sermos empáticos, tratando cada um com sua pessoalidade intrínseca, estamos exercendo a forma mais linda de nossa profissão, tratando da melhor e mais íntegra forma aqueles que nos procuram.

REFERÊNCIAS

[1] COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. **Empatia, relação médicopaciente e formação em medicina: um olhar qualitativo**. Revista Brasileira de Educação Médica, 4 jun. 2010. DOI https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXLm4sxwdBNtjGcvBCSZrSJ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 dez. 2022.

[2] MARIN, Angela Helena; DA SILVA, Cecília Tonial; ANDRADE, Erica Isabel Dellatorre; BERNARDES, Jade; FAVA, Débora Cristina. **Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados.** Periódicos Eletrônicos em Psicologia, Sistema de Gestão de Publicações da RBTC, 28 abr. 2018. DOI http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18085687201700020004. Acesso em: 2 dez. 2022.

[3] MOURA, Ananda Cristine Amador de; MARIANO, Lucas de Ávila; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; BOLOGNANI, Cláudia Vicari; FERNANDES, Sérgio Eduardo Soares; BITTENCOURT, Roberto José. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática.** Revista Brasileira de Educação Médica, 3 abr. 2020. DOI https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/?lang=pt. Acesso em: 2 dez. 2022.

[4] SWIATKIEWICZ, Olgierd. **Competências transversais, técnicas ou morais: um estudo exploratório sobre as competências dos trabalhadores que as organizações em Portugal mais valorizam.** Scielo, 16 set. 2014. DOI https://doi.org/10.1590/1679-395112337. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cebape/a/8VsR3wSrH9f4wHjwJhXb3Hx/?lang=pt. Acesso em: 2 dez. 2022.

CAPÍTULO

30 O processo de aprendizado do estudante de medicina para lidar com situações estressantes

Ana Claudia Oliveira Souza, Moisés Ranay Santos Prado

Desde o momento em que escolhi o curso de medicina para ser algo em que eu me dedicaria o resto da minha vida, soube que haveria muitas decisões e escolhas difíceis a serem tomadas durante toda a minha trajetória. Conforme defende Dini e Batista (2004) são vários os fatores que levam o aluno a estudar medicina. Pode ocorrer por motivações de cunho consciente e inconsciente, que vão desde o prestígio social e o saber até a atração pela responsabilidade e pelo dinheiro, passando pela necessidade de tornar-se útil e aliviar os que sofrem.

Partindo desse princípio, desde o início da minha vida acadêmica precisei amadurecer muito rápido minha forma de pensar, já que, dentro de poucos anos a vida de muitas pessoas dependerá de mim e de muitas outras pessoas ao meu redor. E é com esse intuito que decidi expor aqui uma situação que foi decisiva para eu entender o meu papel, como futuro médico, para com a sociedade.

Como acadêmico do sexto período do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, me deparei com disciplinas que são cruciais para que eu seja um bom médico e exerça essa profissão com empatia e humanidade. Nesse contexto, uma dessas disciplinas, dentro do eixo da Saúde Individual VI, foi a de Urgência e Emergência, ministrada pelo professor Saadallah, médico geriatra, que nos auxilia, com base no que diz o suporte básico de vida, acerca da conduta que devemos tomar em relação a situações que exigem de nós tranquilidade, conhecimento, destreza e, sobretudo, agilidade.

Nesse cenário, no meu sexto período, um professor da disciplina de Urgência e Emergência convidou um grupo de estudantes para acompanhar um procedimento cirúrgico que consistiu na implantação de um marca-passo. A paciente, uma senhora de 88 anos, apresentava-se consciente, mas estava internada no Pronto Socorro (PS) do Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) devido a um bloqueio ventricular total, por causas degenerativas do processo de senescência. Essa cardiopatia tem um efeito deletério sobre a qualidade de vida do doente, pois afeta a capacidade de bombeamento do coração, trazendo como sintomas frequentes o cansaço, enjoo e desmaio. Além disso, diminui a frequência cardíaca, o que pode acarretar numa parada cardiovascular e, consequentemente, a morte.

Apesar deste contexto clínico delicado, a cirurgia em questão é de baixo risco e, por isso, foi realizada na própria enfermaria do PS, local que a senhora dividia com mais dois pacientes. Sendo assim, meu grupo, que continha nove estudantes, somado aos cinco profissionais de saúde enchiam o pequeno quarto de enfermaria. Na primeira hora de cirurgia, os médicos tentaram, sem sucesso, acessar o coração da paciente por vias transvenosas. Nesse início, a paciente, que passou apenas por anestesia local, mostrava-se ansiosa e amedrontada com o procedimento. Ela falou algumas vezes que sentia dor e todas as vezes os médicos aumentavam a dose da anestesia. Neste primeiro momento, nos

estudantes só observamos a cirurgia e a minha sensação era que, apesar dos recursos limitados, a paciente estava sendo bem assistida.

Após uma sequência de tentativas mal-sucedidas de acessar o coração, os médicos decidiram mudar a conduta e passar pela via transcutânea. Porém, a paciente fez uma parada cardiovascular, necessitando de reanimação para voltar a ter batimentos cardíacos. Rapidamente, o professor Saadallah organizou os estudantes para revessarem na massagem cardíaca. Nessa situação caótica, um misto de sentimentos começou a surgir em mim, primeiramente um nervosismo por me sentir inexperiente, portanto, incapaz realizar as manobras perfeitamente, mas uma certa empolgação por tentar salvar a vida de uma pessoa.

O que ocorreu por mais de meia hora foi a sequência de eventos: massagem cardíaca, uso de adrenalina, desfibrilador e muitas tentativas de resgatar a paciente. Apesar do tempo considerável, a minha sensação foi que tudo se passou em poucos minutos devido à grande carga de estresse. A senhora teve três acessos de consciência, nos quais ela gritava de dor devido as costelas quebradas e toda a força realizada sobre seu tórax. Esses momentos eu achei especialmente comoventes, porque via que ela estava assustada com toda a movimentação e dor que se impunha sobre ela. Felizmente, ao final de todo esse processo a paciente foi reanimada e os médicos conseguiram instalar o marca-passo.

Esse tipo de experiência, no qual se tem contato com doença grave, sofrimento ou morte pode representar importante fonte de estresse já no período de treinamento do estudante de medicina (Aguiar et al., 2023). Apesar disso, acredito que um enfoque humanístico, como é feito nas disciplinas do eixo reflexivo, é fundamental para treinar os alunos a desenvolverem uma conduta que alia o racional ao emocional. Assim, eu, como estudante do curso de medicina, consigo dar respostas assertivas no tratamento do paciente, porém, mantenho um olhar empático sobre o mesmo.

Portanto, a angústia, insegurança e medos que presenciei durante o evento citado fazem parte do processo de formação. Tais sentimentos podem comprometer os relacionamentos interpessoais e promover desde dificuldades de aprendizagem até distúrbios psicossomáticos (Moia et al., 2017). Porém, quando o aluno tem uma boa orientação, com reflexões e acesso ao uma educação humanizada, existe a possibilidade de respostas ou formas de adaptação as circunstâncias adversas, que se articulam em estratégias de enfrentamento. Estas podem ser focadas no problema, constituindo estratégia ativa para controlar ou alterar o evento estressor, ou nas emoções, para regular a resposta emocional diante da situação.

REFERÊNCIAS

[1] AGUIAR SM, VIEIRA APGF, VIEIRA KMF, AGUIAR SM, NÓBREGA JO. Prsintomas de estresse nos estudantes de medicina. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Internet]. 2009;58(1):34–8. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000100005. Acessado em 17 de outubro de 2023.

[2] Dini PS, Batista NA. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. Revista Brasileira de Educação Médica do Rio de Janeiro 2004;28(3): 198-203. Acessado em 16 de outubro de 2023.

[3] MOIA LJMP, SOUSA RPM, SOUZA RMV, FONSECA AB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: perfil e capacitação pedagógica do docente do curso de medicina. InterdisciplinaryJournalof Health Education. 2017 <Jan-Jul;2(1):1-9. https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.012>. Acessado em 17 de outubro de 2023.

CAPÍTULO

31 Vivências acadêmicas no curso de medicina: contato com a morte precoce

Ana Cláudia Oliveira Souza, Iarin Barbosa de Paula

Este relato se inicia a partir de uma das vivências acadêmicas propostas pelo componente curricular de Saúde Coletiva IV. Para a atividade, os alunos foram instruídos a visitarem o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, onde deveriam realizar uma entrevista com uma paciente do sexo feminino, para entender pontos relevantes da vivência no sistema público de saúde. Escolhemos esse momento devido ao sentimento de alteridade despertado e sobre a necessidade de abordar a finitude da vida com respeito.

Assim, realizamos a atividade no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia. Ao terminarmos, descobrimos que a nossa entrevistada teve o parto cesárea cancelado, pois um caso mais grave havia chegado: tratava-se de uma gestante portadora de descolamento prematuro de placenta, com vinte e oito semanas de gestação, cujo feto apresentava uma má formação neurológica e era portador de lábio leporino. Ao sabermos disso, pedimos à equipe médica responsável para acompanhar o caso, a qual nos autorizou a entrar na sala de cirurgia. Nos sentimos ansiosas diante da oportunidade de acompanhar um caso até então apenas visto em livros e apreensivas sobre a gravidade do quadro, embora confiássemos no sucesso da operação.

Alguns minutos depois de nosso acesso ao local do procedimento, o bebê foi retirado do ventre da mãe e logo foi entregue à equipe de neonatologistas para ser examinado. A tensão no local, nos gestos dos profissionais e em nós aumentava, enquanto verificavam que o bebê não possuía batimentos cardíacos. Atrás de nós, o pai permanecia sentado ao lado da mãe desacordada, chorando silenciosamente.

Nos tornamos desesperançadas quando a médica repousou os instrumentos que utilizava na mesa, ajeitou o lençol em torno daquele pequeno corpo sem vida, virou-se para o pai e deu a notícia do óbito, rapidamente. O pai começou a chorar e nós também.

Essa experiência nos marcou por ser um fato pouco comum, considerando todos os recursos de um pré-natal e UTI Neonatal que um hospital pode oferecer. Por isso, mesmo essa fatalidade é vista como algo ilógico e que causa estranheza. Além disso, nos deparamos com a inversão das expectativas das perdas esperadas na vida. Dito isso, saber como prosseguir após presenciar a morte de um recém-nascido, em um lugar que costuma ser de celebração de uma nova vida, é um desafio.

Na formação médica, os alunos têm um contato precoce com a morte, antes mesmo que recebam orientações para vivenciar situações que envolvam esse tema. Sem o devido preparo, o estudante muitas vezes não tem a correta compreensão sobre as diversas circunstâncias e sentimentos que permeiam tal realidade (Gawande, 2015).

Em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais passaram a adotar o tema morte como componente curricular da graduação em Medicina. Porém, nota-se um despreparo tanto de discentes quanto de médicos para lidar com a finitude da vida (Correia et al.,

2020), pois há uma tendência da morte ser relegada para fora do cotidiano, ou seja, ela é negada, esquecida ou controlada por meio dos avanços científicos e tecnológicos. Isso acaba por dar a falsa ideia de que a medicina é capaz de suprimir a morte (Duarte et al., 2015). Dessa forma, o falecimento de um paciente é compreendido como falha do tratamento ou inabilidade profissional (Azeredo et al., 2011).

Uma forma de preparar os discentes para lidarem com a morte é disponibilizar espaços seguros para exteriorizar sentimentos e emoções, assim como disciplinas que trabalhem com o aperfeiçoamento da habilidade de comunicação entre médicos, pacientes e familiares, a fim de o médico ter ações mais assertivas frente aos desafios impostos pela morte (Lino et al., 2011). No contexto da UFU, identificamos que ainda há poucas oportunidades de abordar esses temas e, por isso, nos sentimos despreparadas diante desse cenário vivido.

Por fim, percebemos que essa experiência representou um importante momento da nossa formação, uma vez que pudemos entender a importância do profissional e estudante de medicina saber lidar com a possibilidade da morte dos pacientes, tanto do ponto de vista profissional quanto do ponto de vista pessoal. Isso possibilitou uma reflexão sobre as limitações da ação médica, contribuindo para reforçar a importância de sermos profissionais capacitados não só para atuar no cuidado da vida, mas para lidar com momentos difíceis permeados pela temática da morte com empatia e respeito.

REFERÊNCIAS

[1] AZEREDO, Nára Selaimen G. et al. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica , Brasil, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011. DOI https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/LkVgchx3szccMHY4MhvFMQg/?lang=pt. Acesso em: 28 nov. 2022.

[2] CORREIA, Divanise Suruagy et al. Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a Graduação. Revista Brasileira de Educação Médica , Brasil, v. 44, ed. Q, p. 1-8, 2020. DOI https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/85qNGRqqnV4mCVhM3dbNNsz/?format=pdf&lang=p. Acesso em: 29 nov. 2022.

[3] DUARTE, Anaísa Caparroz et al. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface: Comunicação, saúde e educação, Botucatu, ano 2015, v. 19, n. 55, p. 1207-1219, 25 ago. 2015. DOI https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1093. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/3Dv8JJwysg6hH6XGdQc6FvP/?lang=pt. Acesso em: 28 nov. 2022.

[4] GAWANDE, A. Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

[5] LINO, Carolina Arcanjo et al. O uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasil, v. 35, ed. 1, p. 52-57, março 2011. DOI https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/5qBdL9YrscGF8chzfcrqrXP/?lang=pt. Acesso em: 29 nov. 2022

CAPÍTULO

32 A cura que vai além da dor física: como uma conversa ajuda a obter resultados melhores na saúde do paciente

Brenda Louise Rodrigues Sousa, Gabriel Fellipe Rodrigues Sousa

No sexto período do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a partir do módulo de Saúde Individual VI, realizamos atendimentos ambulatoriais em diversas áreas e, dentro dele, há o voltado para a Saúde do Adulto e do Idoso (SAI), no qual, durante os seis meses do período, ficávamos metade do tempo em uma especialidade e a outra metade uma outra área. Para isso, a turma de sessenta alunos se divide em quatro grupos de quinze estudantes cada, e depois, nestes grupos, ainda podemos ser repartidos pela metade ou em três subgrupos, sendo esta última a divisão realizada para os atendimentos na SAI.

Dessa forma, meu grupo começou as consultas com os pacientes encaminhados para a parte de hematologia no Ambulatório Amélio Marques. Assim, dentre os primeiros atendimentos do rodízio nesta área, a dupla que escreve este portfólio atendeu um paciente de 46 anos com Síndrome de Down, porém, esta consulta nos chamou a atenção por causa da qualidade do paciente e de como ele nos ajudou na humanização da nossa prática médica. Nesta consulta, o paciente que iremos retratar, será chamado sob o pseudônimo de Joãozinho, visto que ele gostava de referir a si mesmo no diminutivo e achamos importante exibir a forma carinhosa e liberta na qual ele conversava conosco durante o atendimento. Assim, ele veio acompanhado por sua irmã mais nova e, já que os dois moravam em uma cidade do interior de Minas Gerais, a viagem para chegar em Uberlândia levava em torno de três horas, o que descobrimos enquanto tentávamos conversar sobre a vida do Joãozinho para que pudéssemos nos conectar melhor a ele e ao caso dele. Nesta época, Joãozinho possuía uma doença chamada Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), a qual é uma doença autoimune que reduz o número de plaquetas, as quais são responsáveis pela coagulação do sangue e pode ser descoberta por meio de um hemograma de rotina ou pelo aparecimento de manchas roxas e/ou petéquias na pele e por sangramentos nas mucosas (Almeida; Avelino, 2022).

O nosso paciente era um frequentador habitual do ambulatório de hematologia, visto que ele possuía desde jovem alguns problemas hematológicos desencadeados pela Síndrome de Down, mas que lembrava de maneira feliz do doutor que sempre o atendia no ambulatório, inclusive, lembrando dos nomes dos alunos que o atenderam da última vez. Joãozinho, assim que conversou conosco e se tornou confiante, estava disposto a nos ajudar o tempo todo, brincando conosco, rindo por cócegas todas as vezes em que íamos realizar os exames abdominais nele e com um semblante sério assim que falávamos sobre a situação atual da saúde dele. Outro ponto que achamos muito bonito e significativo foi que, ao final da consulta, Joãozinho pediu para que chamássemos o doutor que o atendeu para que ele pudesse se despedir, para isso, ele colocou a camiseta que estava usando para dentro da calça e ficou com a postura bem ereta até a chegada do médico, com uma feição focada. Entretanto, assim que o doutor chegou, ele sorriu e pediu um abraço de despedida,

tanto para o nosso professor, quanto para nós, falando que queria que fossemos nós que o atendesse de novo na próxima consulta.

Dessa maneira, após a finalização da consulta, nos deparamos com um momento de profunda reflexão pessoal. Tínhamos atendido nosso primeiro paciente com Síndrome de Down, uma pessoa de 46 anos, que dependia de sua família, especialmente de sua irmã e que estava realizando uma consulta de rotina. Para eles, era uma rotina, mas, para nós, não era apenas uma consulta comum, foi como se uma chave tivesse acabado de girar na nossa mente e no nosso coração. Este paciente, com gestos simples e com uma alegria contagiante, nos fez pensar e repensar o significado da medicina, bem como as nossas atitudes, tanto de transferência quanto de contratransferência, ainda que não houvesse sentimentos evocados em nós pelas projeções transferenciais do paciente (Hughes; Kerr, 2000). Contudo, tornou-se muito difícil não nos conectarmos a este homem a fim de que pudéssemos transformar a relação médico-paciente, tornando a consulta mais gratificante e mais significativa. Neste atendimento, sentimos que o papel se inverteu, aprendemos com o paciente, mais do que lhe ensinamos sobre qualidade de vida ou sobre o que os resultados dos exames laboratoriais diziam sobre o quadro dele.

Portanto, aprendemos sobre como a simplicidade humana pode enriquecer nossas vidas profissionais e pessoais, além disso, levamos para a vida o ensinamento de que a medicina vai muito além de uma conversa seca com o intuito de curar onde dói ou o que causa a dor. Com tudo isso, pudemos compreender que a medicina é como uma conversa em uma roda entre amigos, logo, precisamos nos comunicar com o nosso paciente o enxergando além da doença, e sim como a pessoa viva e disposto a melhorar, na maioria dos casos, necessitamos de dialogar melhor com ele e com quem o acompanha sobre os mínimos detalhes do que ele sente, ele precisa confiar em nós e se sentir acolhido para que este paciente possa aderir ao tratamento e retorne melhor do que no momento que ele chegou. Consequentemente, esta consulta, a qual era pra ser apenas uma de rotina de trinta minutos, no máximo, em alguns lugares, porém, que conosco se tornou de quase uma hora, nos possibilitou a entender o que o Joãozinho passava, buscamos pedir os exames mais adequados, sem que houvesse alguma iatrogenia para ele. Acrescentando a isto, também, pudemos orientar mudanças de vida para ele, sabendo que, por ter gostado de nós e ter confiado na maneira que lidamos com ele, teríamos um retorno positivo da saúde dele. Juntando todos estes fatores, obtivemos uma felicidade quando ele retornou mostrando que havia realmente mudado os hábitos de vida que sugerimos e realizados todos os exames laboratoriais que pedimos. Em virtude disso, pudemos ajudar o quadro de saúde dele da melhor forma possível, gerando mudanças tanto no presente, quanto na vida futura dele.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, H. K. da S.; AVELINO, B. de S. S.. The diagnosis of idiopathic thrombocytopenic purpura: literature review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e479111436547, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36547. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36547. Acesso em: 14 oct. 2023.

[2] HUGHES, Patricia; KERR, Ian. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. Advances In Psychiatric Treatment, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 57-64, jan. 2000. Cambridge University Press (CUP). http://dx.doi.org/10.1192/apt.6.1.57

CAPÍTULO

33 Turbulências e aprendizados: uma reflexão sobre nossa jornada na faculdade de medicina

Isabella Di Rita, Augusto Alessandro de Souza

Nossa jornada na faculdade de medicina da Universidade Federal de Uberlândia tem sido uma experiência tomada por altos e baixos, repleta de desafios e lições valiosas para nosso desenvolvimento pessoal e, principalmente, profissional. Nesse sentido, uma experiência em particular teve um impacto indesejável em nosso percurso acadêmico. Este episódio ficou marcado pois nos ensinou a lidar com a pressão do meio médico com mais resiliência e determinação, a encarar o sistema de avaliação da universidade como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional e a respeitar o trabalho em equipe, crucial para o bom convívio durante os 6 anos de curso.

No terceiro ano da faculdade, quando retornamos aos atendimentos ambulatoriais, estávamos ansiosos para voltar a interagir com os pacientes e aplicar o conhecimento teórico que adquirimos, já que iríamos entrar em contato com diversas outras especialidades ainda desconhecidas por nós em relação a prática clínica.

Entretanto, logo na primeira semana de aula, nos foi explicado acerca da avaliação dos nossos atendimentos presencialmente, avaliação que nunca havia acontecido antes. Esse fato nos gerou muita ansiedade e preocupação pois, por mais que sabíamos a teoria, atendíamos bem e conforme as regras regem, uma avaliação é sempre motivo de afobação e preocupação por nossa parte. Com isso, passamos a entender o ambiente no ambulatório como desafiador. Além disso, ficávamos na expectativa: será que os professores iriam ter suas expectativas atendidas? E a avaliação? Será em qual dia, de que forma será que conseguiríamos manter a calma e a resiliência e dar o melhor de nós?

Apesar das dificuldades iniciais, logo ganhamos confiança para realizar o atendimento. O professor de hematologia estabeleceu um dia específico para avaliar nosso atendimento e nossa discussão de caso clínico: foi dia 22 de setembro de 2023, numa sexta-feira. Enquanto aguardávamos pelo preceptor, revisamos o caso que iríamos atender naquele dia: seria um retorno, em que já tínhamos atendido uma outra vez e tínhamos mais conhecimento quando comparado aos outros pacientes marcados como primeira consulta nesse dia. Nesse momento, ficamos mais tranquilos em saber que seríamos avaliados em um atendimento mais tranquilo e mais familiarizado por nós. Para nossa surpresa, nossos colegas do grupo do eixo de Saúde Individual iniciaram seus atendimentos antes de nós e acabaram atendendo o nosso paciente em questão, sem nos perguntar se queríamos atendê-lo, tendo em vista que, nessas práticas, sempre priorizamos por acompanhar a trajetória do paciente para melhorar o atendimento e criarmos uma boa relação médico-paciente. Isso nos deixou frustrados, uma vez que chegamos mais cedo para nos preparar, havíamos mais conhecimento acerca do caso e havíamos revisado os diagnósticos e condutas para realizar um bom atendimento e adquirirmos uma boa avaliação.

Essa situação nos deixou profundamente chateados, algo que não sentíamos há muito tempo. Não conseguimos lidar com a situação bem. Infelizmente, percebemos que esse tipo de situação poderia se tornar mais frequente, uma vez que estávamos apenas começando nosso ciclo clínico e que o curso de medicina é bastante conhecido por ter esse tipo de "competitividade" e individualismo. Após esse fato, nós, como dupla de atendimento, decidimos manter a calma e ignorar os nossos colegas, tendo em vista que somos um grupo que irá atender junto nos próximos 3 anos e tendo e, vista a amizade que ali existia: ignorar a situação era a melhor opção, havíamos pensado. Porém, alguns dias após, aquela raiva e angústia ainda se fazia presente: teriam feito de propósito? Não nos consideram amigos? Qual seria a explicação? Mesmo com os questionamentos, seguimos sem conversar por alguns dias e criamos um ambiente desagradável para a nossa amizade.

Embora nossa avaliação tenha sido boa, principalmente pelo fato do nosso docente estar atento ao estabelecimento de uma relação sadia com nós discentes, a fim de agregar valores, confiança, respeito e incentivar a prática reflexiva (PEIXOTO, 2014, p. 613) e embora tenhamos realizado o atendimento de outro paciente com um caso de diagnóstico mais complicado, essa experiência foi, inicialmente, avassaladora, já que não realizamos o atendimento tão bem quanto queríamos naquele dia. Porém, essa experiência se revelou fundamental para o nosso crescimento, inclusive como dupla, já que discutimos com os outros colegas, criamos um meio social negativo e prejudicou nossa comunicação. A pressão nos desafiou a nos tornarmos profissionais mais atentos e comunicativos, foi crucial para aprimorarmos nossas habilidades de comunicação e, por fim, aprofundamos nosso conhecimento clínico, já que o paciente sofria de uma doença rara, a qual conseguimos um conhecimento teórico e prático considerável após o atendimento e após a discussão com nosso preceptor.

A cada erro, enxergamos uma oportunidade de aprendizado. A cada avaliação, entendemos a importância de revisar, pesquisar e melhorar nosso desempenho como futuros médicos e promotores da saúde.

Aprendemos a importância da comunicação dentro da equipe, já que, uma semana após aquele dia, conversamos com nossos colegas e tivemos a revelação: eles não sabiam que tínhamos interesse no mesmo paciente, não se atentaram para a anamnese anterior na qual havia nossos nomes escritos. Com essa situação, percebemos que o diálogo é essencial, pois nunca sabemos o que se passa na mente subjetiva de cada pessoa. Situações assim servem para que possamos evoluir.

Nós passamos a maior parte do nosso dia na faculdade, então, ao criarmos um ambiente agradável, ele torna-se crucial para uma convivência saudável e um compartilhamento de dicas e experiências. Essa situação fortaleceu nossos laços e, com certeza, nos tornou profissionais mais resilientes e comunicativos.

Hoje, ao olharmos para trás, percebemos como essa experiência no ambulatório moldou nosso caráter e nossa abordagem à medicina prática em grupo. Ela me ensinou que a pressão, quando enfrentada com determinação e resiliência, pode ser uma poderosa ferramenta de crescimento e que o diálogo, quando presente nas relações, evita situações desagradáveis e nos mantém equilibrados.

Nesse contexto, percebemos que a angústia, a insegurança, as dúvidas e os medos são partes naturais do nosso processo de formação, podendo afetar as nossas relações interpessoais e levar a dificuldades de aprendizagem e até mesmo distúrbios psicossomáticos. Assim, os alunos desenvolvem respostas ou formas de adaptação as

circunstâncias adversas, que se articulam em estratégias de enfrentamento. Estas podem ser focadas no problema, constituindo estratégia ativa para controlar ou alterar o evento estressor, ou nas emoções, para regular a resposta emocional diante da situação (Trindade, 2013).

No entanto, é importante observar que algumas estratégias podem não ser benéficas, como fuga ou esquiva da situação, que foi o que fizemos. Ao refletir sobre a literatura, percebi que nossa atitude naquele dia foi, de fato, de evitar a situação devido à insegurança em nossa própria falta de conhecimento e ao medo de cometer erros na conduta médica, transferindo a responsabilidade do atendimento para nosso preceptor (Oliveira, 2014).

Portanto, reconhecemos que nossa estratégia deve se concentrar principalmente no gerenciamento das emoções, uma vez que enfrentamos diariamente na faculdade de medicina situações estressantes. Para isso, podemos adotar, após o ocorrido, uma abordagem de reavaliação positiva dessas situações e podemos buscar apoio social, como conversar com colegas e com os preceptores para lidar com nossos sentimentos, individualidades e inseguranças. Além disso, a situação foi válida para que possamos, após a formação, lidar bem com o trabalho em grupo, tendo em vista que o trabalho multidisciplinar acontece em todos os setores da medicina.

REFERÊNCIAS

[1] OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Adaptação acadêmica e coping em estudantes universitários brasileiros: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Orientação Profissional, v. 15, n. 2, p. 177-186, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n2/08.pdf> Acesso em: 16 out. 2023.

[2] PEIXOTO, L. S.; TAVARES, C. M. M.; DAHER, D. V. A relação interpessoal preceptor-educando sob o olhar de Maurice Tardif: reflexão teórica. Cogitare Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 612-616, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/30468/23259> Acesso em: 16 out. 2023

[3] TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 2, p. 167-177, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/03.pdf> Acesso em: 16 out. 2023.

CAPÍTULO

34 Vivência transformadora em cuidados paliativos: ética e humanização na formação médica

Antônio Augusto Nascimento Araújo, Gabrielle de Ávila Augusto

No sexto período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, tivemos a oportunidade de vivenciar uma experiência transformadora durante uma visita ao Centro de Cuidados Paliativos da instituição Grupo Luta pela Vida, como parte da disciplina de Saúde Coletiva. Nossa jornada acadêmica até o momento nos havia preparado para realizar anamneses e atender pacientes em ambulatórios, mas ainda não tínhamos tido experiência lidando com casos de extrema complexidade, especialmente aqueles relacionados a cuidados paliativos em Oncologia. Essa experiência desempenhou um papel fundamental na nossa formação como futuros médicos e nos levou a refletir profundamente sobre a ética, a atitude, o comportamento e as necessidades de aprendizado que surgiram desse encontro.

A escolha dessa vivência foi motivada pelo nosso desejo de aprofundar nossa compreensão sobre a temática, além de sentirmos a necessidade de aprender sobre o fornecimento de assistência médica de forma integral. Embora estivéssemos envolvidos em atividades relacionadas à Oncologia por meio da Liga de Apoio ao Paciente com Câncer (LAPC), encontrar pacientes com neoplasias em estágio avançado, durante nossa visita ao Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos, nos confrontou com desafios que transcendem a mera aplicação de conhecimento técnico. Essa visita ao Centro nos fez entrar em contato alguns pacientes que possuíam neoplasias em estágio avançado, os quais já não suportavam mais tratamentos hospitalares, uma vez que já havia uma disparidade alta entre a possibilidade de cura comparada com uma boa qualidade de vida para o paciente.

A partir disso, relacionamos os princípios éticos da medicina – a necessidade de compreender todas as dimensões da doença ao atender um paciente. Isso inclui a anamnese, o exame físico, exames complementares, mas também aspectos subjetivos, como emoções, sofrimento e expectativas. A importância de contextualizar o paciente como parte de uma comunidade, com sua própria cultura e valores, também é fundamental na prática médica. Encontrar pacientes em estado avançado de doença trouxe uma reflexão profunda, pois mesmo com todo o nosso conhecimento e desejo de oferecer o melhor tratamento, a sobrevida deles muitas vezes estava fora de nosso controle.

Ao decidirmos por essa vivência objetivamos compreender questões: como demonstrar um ambiente de apoio, como perceber o estado emocional do paciente, compreender as motivações que levaram o usuário ao centro de saúde o mais completamente possível e como ser colaborativo em uma situação em que não estamos prontos - no âmbito teórico-prático - para lidar? A partir disso, entendemos que devemos nos basear em princípios que nos guiarão nos diversos contextos, Beaucamp, T. L. & Childress, J. F (2002) nos mostra que para uma boa conduta devemos ter como fundamentos na prática médica a Autonomia – refere-se ao respeito à capacidade de

escolha e decisão dos pacientes em relação ao seu tratamento médico-, a Beneficência – obrigação de agir no melhor interesse do paciente -, a Não Maleficência – profissionais de saúde evitem causar danos aos pacientes - e a Justiça – distribuição equitativa de recursos e a igualdade de no acesso à assistência médica.

Nossa vivência nos fez questionar como criar um ambiente de apoio, identificar o estado emocional do paciente e compreender suas motivações, especialmente quando nos sentíamos despreparados para lidar com situações tão complexas. A abordagem humanizada, baseada na compreensão das necessidades do paciente, se tornou um foco de aprendizado importante. Além disso, percebemos a importância de reconhecer o impacto psicológico que a prática médica pode ter em nós, estudantes. O fenômeno da transferência - o qual consiste na "passagem" de subjetividades de um indivíduo a outro - constante em todas as relações sociais - discutido por Lucchese (2009), tornou-se evidente em nossas interações com pacientes, e isso nos levou a uma reflexão mais profunda sobre como manter um equilíbrio emocional.

Em última análise, essa vivência reforçou nossa compreensão de que, como futuros médicos, nossa missão vai além do mero acúmulo de conhecimento técnico. Devemos desenvolver habilidades de comunicação, empatia e cooperação, ao mesmo tempo em que lidamos com nossos próprios medos e ansiedades. O apoio de nossos tutores e a integração das lições dos eixos de Reflexivo e de Saúde Coletiva serão essenciais para aprimorar nossas habilidades e nos tornarmos profissionais capacitados e compassivos, que reconhecem a singularidade de cada paciente. A ética médica continuará a ser nosso guia na busca de uma prática médica humanizada e completa.

REFERÊNCIAS:

[1] BEAUCAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo, Loyola, 2002.

[2] LUCCHESE, A. C.; ABUD, C. C; DE MARCO, M. A. Transferências na formação médica. Rev Bras Educ Med 33(4): 644 – 647; 2009.

CAPÍTULO

35 Reencontrando a chama da medicina: uma jornada de aprendizado através da escuta ativa e da empatia no cuidado à gestante

Eduardo Carneiro Fabricio de Souza, Giovani Mendola Perobelli

No contexto da pandemia de COVID-19, a imposição de medidas de isolamento produziram significativas mudanças estruturais, comportamentais e reflexivas no funcionamento de diversos segmentos da sociedade, não sendo diferente para o curso de graduação em Medicina, que enfrentou a necessidade de reavaliação de seus processos de ensino-aprendizagem (Gomes et al., 2020). Contudo, com a melhora da situação epidemiológica ao longo de 2022, houve retomada gradual das atividades práticas previstas em nosso currículo, sendo esse período de (re)aprender a conviver e atender os usuários dos serviços de saúde do Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) repleto de experiências marcantes para nossa formação.

Dentre elas, optamos por registrar no presente portfólio uma vivência de atendimento a uma gestante no Setor de Alto Risco de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU, no componente curricular de Saúde Coletiva IV. A princípio, sentimos que seria difícil contatar pacientes em tamanha vulnerabilidade. Contudo, a experiência nos permitiu reacender a chama que nos cerca e que justifica a nossa primazia por essa profissão.

Justificamos essa escolha por entendermos que esse momento propiciou uma série de reflexões acerca das expectativas e das dificuldades inerentes ao período de gestação, das repercussões clínicas que ele provoca, do impacto da rede de apoio (ou da falta dela) nos âmbitos (in)visíveis da vida, das diferentes realidades experimentadas pelas usuárias do SUS, do papel que profissionais da saúde têm para auxiliar nesse período, da importância da empatia, das habilidades de comunicação e da visão holística para o sucesso no Cuidado.

Trata-se do atendimento de uma mulher a quem chamaremos ficcionalmente de Joana, 34 anos, residente em Uberlândia-MG. Joana estava internada em recuperação de parto do tipo cesariana, ocorrido no mesmo dia. A recém-nascida necessitou de ser internada devido à prematuridade, não sendo a primeira vivência da mãe nessas condições que a deixava aflita. Ela já possuía outros 2 filhos, sendo que o segundo também nasceu prematuro. A entrevista foi realizada com Joana e com sua mãe, avó do bebê, que foram muito receptivas conosco, fornecendo todas as informações possíveis com bastante disposição e afeto. Elas explicaram que a terceira gravidez de Joana, planejada, estava sendo conduzida em rede privada desde a 6ª semana, sem intercorrências, até que, há duas semanas antes da entrevista, ela iniciou com sintomas de cólicas muito intensas e de contrações uterinas. Ela procurou o serviço hospitalar privado no qual fazia acompanhamento e lá foi diagnosticada com ITU e medicada.

Na 26ª semana, acordou pela madrugada com dor abdominal intensa e sangramento excessivo, retornou ao hospital e, novamente, os profissionais não observaram nenhuma anormalidade na ultrassonografia e trataram o caso como ITU, indicando repouso. A paciente relatou ainda que, durante uma conversa com o

enfermeiro-chefe responsável pela unidade acerca do tratamento dos prematuros no Hospital de referência, ele respondeu prontamente que “todos os prematuros vão a óbito aqui”, impactando-a de modo negativo. Engoliu seco. Chorou. Estava em seu maior período de vulnerabilidade: pessoal, social, emocional. E descontente com a conduta dos profissionais, Joana se dirigiu até a UAI Martins, local em que foi rapidamente encaminhada para o HC-UFU, no qual identificaram suas condições: útero bicorno, placenta de inserção baixa e restrição de crescimento fetal. Joana sofreu de intercorrentes negligências, não possuía plano de parto nem atenção integral à saúde, já que não recebeu orientações adequadas para que sua gestação progredisse de forma segura.

Esse encontro difícil, produzido no fértil terreno do processo Ensino-Adoecimento-Cuidado, nos relembra que questões em Saúde Pública não se tornam invisíveis por sua essência, mas por seu silenciamento no processo de formação acadêmica. Promover a abertura para temas atuais nos permite, enquanto agentes de formação do cuidado, obter respostas contemporâneas para desafios ausentes ou negligenciados, aproximando aquele que cuida do cotidiano de quem busca por cuidado. Afinal, "é a partir do Encontro que uma relação de Cuidado acontece, sendo a via por onde os manejos médicos apreendidos são aplicados, estreitamente vinculados ao acolhimento [...]" (Carvalho, 2018, p.74).

Diante dessa experiência, reconhecemos como necessidade a aprendizagem acerca de que modo podemos nos capacitar adequadamente para fornecer um cuidado efetivo à paciente, que consiga abarcar a complexidade dos diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença e na relação médico-paciente. O sentimento que nos toma é o do medo de que ocupemos esse lugar de desconhecimento do que nos cerca. Sobe à garganta uma sensação angustiante de impotência, uma vontade de que sejamos melhores profissionais, de que olhemos de novo e mais atentamente. Uma vontade de que consigamos vencer a procrastinação, a falta de tempo e a falta de olhar para o outro, um infinito que, em si próprio, nos permita reconhecer o exercício da alteridade. Nesse sentido, Babiuk (2017) coloca a obtenção desses conhecimentos como parte integrante de nossa formação, ao relatar que:

> [...] é via de qualificação dos/as profissionais, a obtenção de conhecimento sobre as novas configurações familiares - como a monoparentalidade feminina -, as discussões de gênero, o conhecimento das redes de proteção social e do território, para que sejam possibilitados a orientar de forma adequada os/as usuários/as, bem como sejam capacitados a repassar tal conhecimento, informando e publicizando os equipamentos disponíveis para estas mulheres que são provedoras do lar. (2017, p.7).

Sob esse prisma, é fundamental para nós, enquanto estudantes e futuros profissionais da saúde, exercer escuta ativa, conhecer os vários fatores envolvidos no processo de cuidado e reconhecer as necessidades dos usuários desses serviços, no intuito de que ele seja humanizado e qualificado.

As questões relatadas não eram as únicas em voga. A avó Morgana também se encontrava em uma situação de desamparo: sua mãe havia falecido há 3 meses, após um longo percurso de hospitalizações que custaram a sua saúde mental e física. Morgana, assim como Joana, precisava de amparo. O recém nascido é, então, para além de um ser de estima e de desejo, a fonte de vitalidade da família. Ambas estavam otimistas e

pacientes com o desenvolvimento clínico do recém-nascido, diziam que mesmo diante das dificuldades era preciso se manter forte e acreditavam com veemência que em breve estariam todos juntos.

Não éramos, naquele cenário, estáticos. Éramos, antes, agentes de Promoção da Saúde deslocados de sua função habitual, prestadores de cuidado, mas também ouvintes atentos às demandas de cada uma das envolvidas nessa redoma. Éramos futuros médicos, mas também cidadãos, terapeutas, calmantes, e remédios para as dores da alma (que falam quando se quer calar). Foi preciso olhar para dentro da paciente e conhecer sua Rede de Apoio para compreendê-la holisticamente, entendê-la como um ser humano complexo e vulnerável, tendo plena consciência da relação Médico-Paciente estabelecida, diferenciando papel laboral e social. Destacam-se aqui os conceitos de transferência e de contratransferência positivas, conforme apontam Lucchese, Abud e De Marco (2009), no qual não se pode deixar de lado aspectos afetivos, como diálogo e emoções em uma prestação de atendimento, humanizando-o.

Reconhecemos que a experiência evidenciou a necessidade de buscar recursos que nos capacitem a praticar a medicina humanizada e, para isso, desenvolver habilidades de comunicação, escuta ativa e empatia para exercitar um olhar mais profundo sobre o paciente. Desse modo, analisamos que a reflexão crítica proposta por esse Portfólio é rica e de suma importância para que possamos aprimorar essas habilidades, de forma semelhante a outras atividades ao longo de nossa formação acadêmica, como Sociodrama e o Role Play, destacado positivamente por Engelhorn (2019) como mecanismo auxiliador, ao permitir a aplicação prática do conhecimento teórico relacionado ao exercício da atenção em saúde.

Reafirmar o sentimento de cuidado nos faz acreditar e sentir que estamos vivos e que a medicina pode e deve ser humanizada e centrada nas necessidades daqueles que procuram por cuidado. O coração de Joana hoje pulsa dentro de nós com uma chama (invisível aos olhos) que nos motiva a continuar acreditando.

REFERÊNCIAS

[1] BABIUK, Graciele Alves. Famílias monoparentais femininas, políticas públicas em gênero e raça e serviço social. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, I., 2015, Florianópolis. **Anais** [...] Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180860. Acesso em 02 dez 2022.

[2] CARVALHO, Maria Dulce Santiago de. Do encontro consigo ao encontro com seu paciente: o psicodrama na formação médica. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 72-83, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 dez 2022.

[3] ENGELHORN, Carlos Alberto. O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2019, v. 43, n. 3, pp. 178-183. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180243. Acesso em 02 dez 2022.

[4] GOMES, Vânia Thais Silva et al. A Pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 44, ed. 4, 21 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200258. Acesso em 02 dez 2022.

[5] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; e DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009, v. 33, n. 4. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015. Acesso em 02 dez 2022

CAPÍTULO

36 "A vida quer viver": reflexões sobre a morte e o nascimento na trajetória de uma médica em formação

Lísia Pires Moreira

O filme A excêntrica família de Antônia (Muylaert, 2012) diz: “Assim a vida começa sem saber de onde veio, ou por que existe. Porque a vida quer viver. Esta é a única dança que dançamos”. Essa obra foi apresentada no eixo de Saúde Coletiva II, ainda em meio a pandemia. A questão da vida e morte retratada no filme me marcou muito na época, principalmente diante de um contexto de muita doença e morte pela COVID-19, mas nunca tive a oportunidade de revisitar esse tema até então. Em meio a uma descrença quanto ao curso de medicina, quanto ao meu próprio desempenho acadêmico e quanto ao sentido que tenho buscado na vida, presenciei em um curto espaço de tempo o acontecimento da vida de formas bastante opostas que me fizeram relembrar essa obra cinematográfica.

Era um domingo de manhã e eu estava indo rumo ao meu primeiro plantão na Liga Acadêmica de Ginecologia de Obstetrícia no PS-GO da UFU. Na noite anterior eu não consegui dormir, tive uma crise de ansiedade por medo do que me aguardava no plantão. Eu estava indo descrente para esse cenário. Porém, ao chegar lá, tive a oportunidade de instrumentar uma cesárea. Naquela época eu ainda não tinha visto um parto de perto e nunca havia instrumentado em uma cirurgia. Minhas mãos tremiam, minha cabeça ansiosa estava permeada de pensamentos negativos e eu estava com medo de não lembrar de algo ou de atrapalhar os médicos na realização do procedimento. Entretanto, assim que a cirurgia se iniciou e eu vi as camadas de tecidos sendo cortadas até atingir o útero me senti tomada por um sentimento de esperança e alegria. Vi a criança nascer, uma menina adorável. Me lembrei de quando eu era pequena e meu pai me colocava para assistir ao meu próprio parto, que ele havia gravado 22 anos atrás. Senti uma espécie de nostalgia, como se estivesse assistindo ao meu parto novamente. Daquele momento em diante segui o dia com uma sensação de conforto e felicidade inexplicáveis. Finalizei o plantão com um saldo positivo: vi três meninas chegarem ao mundo, duas por meio de cesárea e uma por parto normal. Assisti o nascimento de duas meninas que vão crescer, se tornar mulheres e seguir suas vidas de modo completamente diverso e incerto.

Na mesma semana, três dias depois, tive uma aula no Pronto-Socorro da clínica. Nosso professor havia nos levado para assistir um simples procedimento de passagem de marcapasso transcutâneo em uma paciente idosa. Entretanto, por sua condição médica, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória durante o procedimento. O professor disse prontamente “peguem as luvas e façam uma fila para a compressão torácica”, comando que todos seguiram com rapidez. Eu me vi diante da morte. Uma mulher que nasceu há cerca de 80 anos estava em assistolia. Isto é, estava, em tese, morta. Chegou a minha vez de realizar as compressões e a única coisa que passava na minha cabeça naquele momento era “por favor, Donaria, volte”. Depois de mais de 14 ciclos de compressão, mais de 40 minutos de parada, a paciente voltou. Ela viveu.

Tenho tendência a ser uma pessoa melancólica, por vezes me pergunto qual o sentido da vida e não encontro uma resposta para essa questão. O estresse, os prazos, a cobrança, a competitividade e a alta carga horária do curso de medicina muitas vezes o tornam desgastante e me fazem perder de vista o motivo pelo o qual escolhi seguir essa profissão. Infelizmente, essa sensação não é exclusivamente minha, uma vez que estudantes de medicina tendem a experienciar sofrimentos psíquicos com uma prevalência maior que a população geral (Nogueira et al., 2021). Diante disso reconheço que, pelo costume e pela correria cotidiana, vejo-me passando, repetidas vezes, por situações no curso que não me tocam ou me sensibilizam mais da mesma forma que antes.

Ter passado pela experiência de um parto e de uma reanimação cardiopulmonar em um curto espaço de tempo me trouxeram novamente um encanto com a medicina e com a vida em si que eu não sentia há muito tempo. Além disso, me fizeram questionar sobre a minha intenção no curso, sobre a forma como tenho lidado com os pacientes e com os casos que me são apresentados durante a faculdade. Frequentemente, a medicina te força a uma espécie de desumanização para lidar com a tragédia, com a doença e com as desigualdades que o médico não tem capacidade de resolver. Entretanto, esse contexto é altamente perigoso e pode fazer com que o médico perca o senso crítico, a empatia, e o exercício ético da profissão. Por isso, depois dessa experiência, ficou mais claro para mim a importância de deixar-se sensibilizar, sentir e se encantar pela medicina e pela existência humana.

Ainda não encontrei meu sentido de vida, ainda acho que a vida por si só não tenha um sentido grandioso. Porém, após observar a vida acontecer a qualquer custo, ver o nascimento diretamente e ver a ressuscitação diante dos meus olhos me fizeram perceber como a vida é resiliente e como “A vida quer viver”, assim como a flor de Drummond (1987) que furou o asfalto, o tédio, o nojo e ódio. Espero que eu consiga perceber essa flor nascendo sobre as paredes frias do Hospital de Clínicas mais vezes. Hoje, vejo que talvez o meu rumo nesse curso seja ser uma obstetra.

REFERÊNCIAS

[1] ANDRADE, Carlos Drummond de. A flor que nasceu na rua. In: ANDRADE, Carlos Drummond de. Livro de poemas. Rio de Janeiro: Record, 1987. p. 12.

[2] A Excêntrica Família de Antonia. Direção de Anna Muylaert. Produção de Daniel Filho. São Paulo: Globo Filmes, 2012.

[3] NOGUEIRA, Érika Guimarães et al. Avaliação dos níveis de ansiedade e seus fatores associados em estudantes internos de Medicina. Revista Brasileira de educação médica, v. 45, n. 1, 2021

CAPÍTULO

37

A relação médico-paciente e o desafio do diagnóstico de TDAH: uma experiência transformadora na formação acadêmica em pediatria

Larissa Freitas Campos, Maria Luiza Afonso Borges

A relação médico-paciente é um processo inerente à interação de dois indivíduos com papéis distintos, mas interdependentes. Essa conexão se estabelece por meio da troca de percepções, emoções e interesses (Lucchese; Abud, 2009). Vários fatores, incluindo as características do médico e do paciente, bem como o contexto em que se encontram, influenciam a qualidade desse relacionamento. Nesse sentido, é de extrema importância que o médico esteja ciente das expectativas e projeções que os pacientes possam ter em relação à sua atuação, para que possa transmitir confiança e segurança, independentemente das dificuldades que possam surgir durante o atendimento (Ranjan; Kumari; Chakrawarty, 2015).

Assim, o sucesso dessa interação médico-paciente é essencial para um tratamento eficaz, pois influencia diretamente a adesão do paciente ao plano terapêutico e a qualidade da assistência médica prestada. Portanto, compreender e cultivar um relacionamento respeitoso, empático e baseado na confiança é uma prioridade fundamental para todos os profissionais de saúde (Stewart et al., 2017; Silverman, 2013)

Em vista disso, diante do desafio de, criticamente, relatar uma vivência, optamos por analisar uma experiência que muito nos marcou durante a grade curricular de Saúde Individual do 6° período no Ambulatório de Pediatria enquanto acompanhávamos o atendimento de uma paciente de sete anos.

Para nós, o desafio no atendimento deu-se desde o princípio da consulta com uma criança que apresentava um déficit de crescimento pondero-estatural somado a uma queixa de agitação extrema, que a prejudicava em todas as atividades cotidianas, inclusive durante a alimentação, não conseguindo deixar-se estar na mesma posição. Além disso, a mãe também relatou um baixo rendimento escolar da filha, acompanhado de uma possível agressão da professora para com a aluna, segundo a mãe, devido à constante inquietação daquela na sala de aula o que "atrapalhava" seus colegas de classe e teria "irritado" a professora. Ao exame físico, presenciamos uma criança extremamente agitada, inquieta e agressiva, o que nos impossibilitou realizar o exame com acurácia. Sob esse prisma, após repassarmos o caso à nossa professora orientadora e discuti-lo, chegamos ao provável diagnóstico da paciente: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Isto posto, os primeiros estudos sobre o tema datam de 1865, ainda que suas referências não tenham sido publicadas em literatura médica (Barkley, 2008; Rohde & cols., 2000; Rohde & Halpern, 2004). A primeira descrição do transtorno, realizada pelos pediatras Alfred Tredgold e George Still, deu-se apenas em 1902 e, nesse contexto, denominaram-na de defeito na conduta moral acompanhado de inquietação, desatenção e dificuldades diante de regras e limites (Barkley, 2008; Rohde & Halpern, 2004). Durante alguns anos, o diagnóstico correlacionava o comportamento com lesões cerebrais, o que mudou apenas em 1994 quando a Associação Americana de Psiquiatria publicou em sua

quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-IV) a definição de um transtorno mental infantil, cujos sintomas desenvolvem-se antes dos sete anos. Em uma atualização do Manual, o DSM-V, em 2013, redefiniu-se o transtorno como um problema de neurodesenvolvimento associado a fatores ambientais, temperamentais, genético-fisiológicos cujos sintomas poderiam ser verificados antes dos doze anos de idade.

Nesse prisma, a incapacidade da professora para lidar com uma aluna desafiadora e a relutância dos familiares diante do diagnóstico da criança demandaram muito de nós como futuros profissionais e, hoje, estudantes que realizam a ponte entre o universo acadêmico e profissional. Uma vez que a confiança e expectativa dos genitores e pacientes sobre nós recaem, para nós, esse foi um dos atendimentos mais desafiadores durante nossa formação acadêmica, pois o nosso sentimento de incapacidade, nos trouxe desconforto e frustração com a situação.

A partir disso, durante a consulta, tentamos focar naquilo que sabíamos: colher uma história detalhada e fazer o exame físico da forma como conseguimos diante das limitações. Durante o momento de discussão do caso com a professora preceptora foi quando pudemos expor nossas frustrações e sentimentos. A professora nos ofereceu acolhimento, se colocou à disposição para nos auxiliar e para conversar novamente com a criança e a mãe, nos dando aparatos para melhor conduzir o caso dessa paciente, enfatizando sempre que, mesmo com as limitações, o acolhimento e tratamento empático ao paciente era fator determinante para uma boa condução da consulta.

Nesse sentido, frente à nossa ignorância para com as bases para chegar a um diagnóstico preciso, bem como para repassar orientações para os familiares e, até mesmo, em como bem lidar com a paciente de temperamento e comportamentos desafiadores, optamos por relatar essa situação. Por fim, apesar de inicialmente despertar sentimentos delicados, o caso dessa paciente nos fez crescer muito como acadêmicas e futuras profissionais, pois entendemos que é muito mais importante compreender e cultivar um relacionamento respeitoso, empático e baseado na confiança com o paciente do que saber de cor diagnósticos e condutas difíceis.

REFERÊNCIAS

[1] LUCCHESE, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica,v. 33, n. 4,p. 644-647, 2009.

[2] RANJAN, Piyush; KUMARI, Archana; CHAKRAWARTY, Avinash. How can doctors improve their communication skills?. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, v. 9, n. 3, p. JE01, 2015.

[3] SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. Skills for communicating Patients. Tird edition, 2013.

[4] STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. Medicina Centrada na Pessoa - Transformando o Método Clínico. Terceira Ediçao, 2017.

[5] CORPOS, “MENTES”, EMOÇÕES: UMA ANÁLISE SOBRE TDAH E SOCIALIZAÇÃO INFANTIL. Psicologia Social 32, [*S. l.*], 5 ago. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32173058. Acesso em: 17 out. 2023.

[6] TRANSTORNO do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. Psicologia: Teoria e Pesquisa , [*S. l.*], p. pp. 717-724, 17 out. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/xD3ksy5kVHLqFVQyGL5jtzz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 out. 2023.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson